

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ORGANIZACION DEPORTIVA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



"FACTORES DETERMINANTES DE LA PRACTICA  
DE LA ACTIVIDAD FISICO-DEPORTIVA EN EL  
PERSONAL NO DOCENTE DE LA UANL"

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS  
DEL EJERCICIO CON ESPECIALIDAD EN:  
LA EDUCACION FISICA Y EL DEPORTE EN LA INFANCIA  
Y LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:

LEF JOSE ISRAEL AYALA AGUILERA

SAN NICOLAS DE LOS GARZA, N. L., JULIO DE 2009



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ORGANIZACION DEPORTIVA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



BIBLIOTECA  
ING. CAYETANO GARZA

“FACTORES DETERMINANTES DE LA PRACTICA  
DE LA ACTIVIDAD FISICO-DEPORTIVA EN EL  
PERSONAL NO DOCENTE DE LA UANL”

## TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS  
DEL EJERCICIO CON ESPECIALIDAD EN:  
LA EDUCACION FISICA Y EL DEPORTE EN LA INFANCIA  
Y LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:

LEF JOSE ISRAEL AYALA AGUILERA

SAN NICOLAS DE LOS GARZA, N. L., JULIO DE 2009



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



## **“FACTORES DETERMINANTES DE LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA EN EL PERSONAL NO DOCENTE DE LA UANL”**

### **TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DEL  
EJERCICIO CON ESPECIALIDAD EN CIENCIAS DEL EJERCICIO  
CON ACENTUACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA Y EL DEPORTE EN  
LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

**PRESENTA:**

**LIC. JOSÉ ISRAEL AYALA AGUILERA**

**SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, N.L. JULIO 2009**



# **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



## **“FACTORES DETERMINANTES DE LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA EN EL PERSONAL NO DOCENTE DE LA UANL”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DEL  
EJERCICIO CON ESPECIALIDAD EN CIENCIAS DEL EJERCICIO  
CON ACENTUACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA Y EL DEPORTE EN  
LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

**PRESENTA:**

**LIC. JOSÉ ISRAEL AYALA AGUILERA**

**ASESOR PRINCIPAL**

**DR. OSWALDO CEBALLOS GURROLA**

**DR. GEPARDO GARCÍA CARDENAS**

**SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, N.L. JULIO 2009**



# **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



## **“FACTORES DETERMINANTES DE LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA EN EL PERSONAL NO DOCENTE DE LA UANL”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DEL  
EJERCICIO CON ESPECIALIDAD EN CIENCIAS DEL EJERCICIO  
CON ACENTUACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA Y EL DEPORTE EN  
LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

**PRESENTA:**

**LIC. JOSÉ ISRAEL AYALA AGUILERA**

**CO-ASESORES**

**DRA. ROSA ELENA MEDINA RODRÍGUEZ**

**DR. GERARDO GARCÍA CARDENAS**

**SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, N. L. JULIO 2009**





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA



1. INTRODUCCIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Los miembros del Comité de Tesis de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Organización Deportiva, recomendamos que la tesis **"FACTORES DETERMINANTES DE LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA EN EL PERSONAL NO DOCENTE DE LA UANL"**, realizada por el L.E.F. José Israel Ayala Aguilera, con No. de matrícula 1440945, sea aceptada para su defensa como opción al grado de Maestro en Ciencias del Ejercicio con Especialidad en: La Educación Física y el Deporte en la Infancia y la Adolescencia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 La Actividad física  
2.2 La actividad física y la salud  
2.3 Actividad física y socialización  
2.4 Efectos del sedentarismo  
2.5 Estilo de vida y estilo de vida saludable  
2.6 Estrategias para los estilos de vida saludables, calidad de vida y  
2.7 Antecedentes sobre los factores que determinan la práctica de actividad física  
2.8 Definición conceptual de variables  
3. METODOLOGÍA  
3.1 Diseño de la investigación  
3.2 Prácticas de estudio

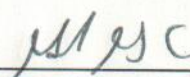
COMITÉ DE TESIS



Dr. Oswaldo Ceballos Gurrola  
Asesor Principal



Dra. Rosa Elena Medina Rodríguez  
Co-Asesor



Dr. Gerardo García Cárdenas  
Co-Asesor



Dr. Arturo Torres Bugdud  
Subdirector de la División de  
Estudios de Posgrado e Investigación  
Científica

San Nicolás de los Garza, Nuevo León, Julio de 2009



## ÍNDICE

Resumen	1
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Justificación	8
1.3 Objetivos	10
1.4 Hipótesis	11
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1 La Actividad física	13
2.2 La actividad física y la salud	19
2.3 Actividad física y socialización	24
2.4 Efectos del sedentarismo	28
2.5 Estilo de vida y estilo de vida saludable	32
2.6 Relación entre los estilos de vida saludables, calidad de vida y salud	36
2.7 Factores que determinan la práctica de Actividad física	39
2.8 Antecedentes sobre los factores que determinan la práctica de actividad física	44
2.9 Definición conceptual de variables	48
3. METODOLOGÍA	50
3.1 Diseño de la investigación	51
3.2 Población de estudio	51



3.3 Tamaño de la muestra	51
3.4 Instrumentos	52
3.5 Procedimiento de aplicación	53
3.6 Análisis estadístico	54
4. RESULTADOS	55
4.1 Datos socio-demográficos	56
4.2 Índices de calidad de vida y actividad física	61
4.3 Actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio	68
4.4 Comparación de las actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio según género, grupos de edad, IMC y percepción de salud	73
4.5 Comparación de las barreras para la práctica de la actividad Física y el deporte según género y grupos de edad	82
4.6 Comparación entre el empleo del tiempo libre según género	85
4.7 Comparación entre las sugerencias para la práctica de actividad física y el padecimiento de alguna enfermedad según grupos de edad	86
5. DISCUSIÓN	88
5.1 Discusión	89
6. CONCLUSIONES	95
6.1 Conclusiones	96
7. RECOMENDACIONES	98
7.1 Recomendaciones	99



8. BIBLIOGRAFÍA	100
8.1 Bibliografía	101
9. ANEXOS	117
9.1 Anexo1. "Encuesta de actividad física y calidad de vida"	118
9.2 Anexo 2. Oficio para asistir a las facultades	127
9.3 Anexo 3. "Programa: universitarios activos y saludables"	128
9.4 Anexo 4. Frecuencias y porcentajes de las variables que integran, la actividad física y calidad de vida	129
Tabla 7. ¿De qué nivel económico se considera usted?	59
Tabla 8. ¿Cuál es su complejidad?	59
Tabla 9. En general, usted diría que su salud es:	60
Tabla 10. Índice de masa corporal	60
Tabla 11. Comparación de variables que son parte de la Composición corporal según género	61
Tabla 12. Comparación de los índices de funcionalidad física, funcionalidad social, alimentación, actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio y actividad según género	62
Tabla 13. Comparación entre el índice de alimentación según grupos de edad	63
Tabla 14. Comparación del índice de alimentación según el nivel de estudio	64
Tabla 15. Comparación de índices según la percepción de salud	65
Tabla 16. Comparación del índice de actitudes, intenciones y conductas con la percepción de la salud	66
Tabla 17. Comparación entre la percepción de la complejidad con el índice de masa corporal obtenido con la medición de la Talla y el PES-410 G3	67



## Índice de tablas.

Tabla 1.	Facultades de la Universidad Autónoma de Nuevo León participantes en el estudio	52
Tabla 2.	Dependencias que participaron en el estudio	56
Tabla 3.	Tipo de Contrato	57
Tabla 4.	Género del entrevistado	57
Tabla 5.	¿Función que desempeña?	58
Tabla 6.	¿Qué nivel de estudios tiene?	58
Tabla 7.	¿De qué nivel económico se considera usted?	59
Tabla 8.	¿Cuál es su complexión?	59
Tabla 9.	En general, usted diría que su salud es:	60
Tabla 10.	Índice de masa corporal	60
Tabla 11.	Comparación de variables que son parte de la Composición corporal según género	61
Tabla 12.	Comparación de los índices de funcionalidad física, funcionalidad social, alimentación, actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio y vitalidad según género	62
Tabla 13.	Comparación entre el índice de alimentación según grupos de edad	63
Tabla 14.	Comparación del índice de alimentación según el nivel de estudios	64
Tabla 15.	Comparación de índices según la percepción de salud	65
Tabla 16.	Comparación del índice de actitudes, intenciones y conductas con la percepción de la salud	66
Tabla 17.	Comparación entre la percepción de la complexión con el índice de masa corporal obtenido con la medición de la Tanita TBF-410 GS	67



Tabla 18.	Desde su punto de vista, ¿Considera importante hacer ejercicio?	68
Tabla 19.	¿Hace ejercicio en forma regular? (Por lo menos tres veces a la semana)	68
Tabla 20.	Cuando hace ejercicio, ¿Con quién lo practica más?	69
Tabla 21.	¿Práctica algún deporte?	69
Tabla 22.	¿Cuál deporte practica?	70
Tabla 23.	¿Dónde hace ejercicio regularmente?	71
Tabla 24.	¿Cuáles son la principales causas por las que hace ejercicio?	71
Tabla 25.	¿Qué es lo que más le motiva a realizar ejercicio?	72
Tabla 26.	IMC y grupos de edad	76
Tabla 27.	¿Cuál deporte practica? Según género.	78
Tabla 28.	¿Dónde hace ejercicio regularmente? Según género.	79
Tabla 29.	¿Principales causas para hacer ejercicio?	81
Tabla 30.	¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación al tiempo?	82
Tabla 31.	¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a los elementos materiales?	83
Tabla 32.	¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a la capacidad de disfrute?	84
Tabla 33.	Comparación entre el género y el empleo del tiempo libre	85
Tabla 34.	Grupos de edad y enfermedades en el personal no docente	86
Tabla 35.	Impedimento más importante para realizar actividad física según grupos de edad	87
Tabla 36.	¿Le limita para bañarse o vestirse por si mismo?	129
Tabla 37.	¿Le limita para hacer tareas del hogar?	129
Tabla 38.	¿Le limita para caminar una manzana (unos 100 metros)?	130



Tabla 39.	¿Le limita para caminar dos o tres manzanas (varios centenares de metros)?	130
Tabla 40.	¿Le limita para caminar un kilómetro o más?	131
Tabla 41.	¿Le limita para agacharse o arrodillarse?	131
Tabla 42.	¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?	132
Tabla 43.	¿Le limita para subir dos o tres pisos por la escalera?	132
Tabla 44.	¿Le limita para llevar la bolsa del mandado?	133
Tabla 45.	¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?	133
Tabla 46.	¿Le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	134
Tabla 47.	¿Se sintió lleno de vitalidad (contrario a cansancio ó agotamiento)?	134
Tabla 48.	¿Se sintió cansado (contrario a tener mucha vitalidad ó energía)?	135
Tabla 49.	¿Tuvo mucha energía (Contrario a cansancio ó agotamiento)?	135
Tabla 50.	¿Se sintió agotado (Contrario a tener mucha vitalidad ó energía)?	136
Tabla 51.	¿Come durante su estancia en el trabajo?	136
Tabla 52.	¿Qué tipo de comida consume?	137
Tabla 53.	¿Cuida su alimentación de forma regular? (por lo menos tres veces a la semana)	137
Tabla 54.	¿Desde su punto de vista qué importancia tiene cuidar su alimentación?	138
Tabla 55.	¿Estaría dispuesta (o) a cuidar su alimentación?	138
Tabla 56.	¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación al tiempo?	139

Tabla 57.	¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a la seguridad?	140
Tabla 58.	¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a los elementos materiales?	141
Tabla 59.	¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a la capacidad de disfrute?	142
Tabla 60.	¿Cuál sería el impedimento más importante para que usted desarrolle ejercicio?	143
Tabla 61.	¿Cuáles serían sus sugerencias para mejorar su práctica del ejercicio?	144
Tabla 62.	¿Cuáles serían sus sugerencias para que la comunidad universitaria mejorara la práctica del ejercicio?	145
Tabla 63.	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad?	145
Tabla 64.	Enfermedad que padecen	146

Figura 7.	Factores que determinen la práctica de la actividad física	44
Gráfico 1.	¿Practica algún deporte? y su relación con el género	73
Gráfico 2.	Grupos de edad y la práctica o no de algún deporte	74
Gráfico 3.	IMC y la práctica de actividad deportiva	75
Gráfico 4.	Práctica de actividad deportiva y percepción de salud	77
Gráfico 5.	¿Cuáles son las principales causas por las que hace ejercicio?	80



## Resumen

### Índice de figuras y gráficos.

Figura 1.	Interacción de la homeostasis del individuo entre Actividad física y salud	15
Figura 2.	Efectos biopsicosociales de la actividad física en la salud	22
Figura 3.	Relación entre actividad física y salud	23
Figura 4.	La interacción social como factor que acerca al individuo al estado de salud	27
Figura 5.	Índice de masa corporal y valores, tomado de American College of Sport Medicine	30
Figura 6.	Factores del Estilo de vida saludable (EVS) y su relación con el contexto y el estado de bienestar	35
Figura 7.	Factores que determinan la práctica de la actividad física	44
Gráfico 1.	¿Practica algún deporte? Y su relación con el género	73
Gráfico 2.	Grupos de edad y la práctica o no de algún deporte	74
Gráfico 3.	IMC y la práctica de actividad deportiva	75
Gráfico 4.	Práctica de actividad deportiva y percepción de salud	77
Gráfico 5.	¿Cuáles son las principales causas por las que hace ejercicio?	80



## Resumen

La creciente urbanización, la industrialización, las formas de ocio pasivas y la reducción del tiempo libre a causa de las múltiples ocupaciones de las personas, ha fomentado que no se realice actividad física, si a esto le sumamos la falta de instalaciones, las ofertas de deportes enfocados a un solo género, la falta de orientadores y la falta de un tiempo de activación dentro del entorno laboral, va creando un estilo de vida activo sedentario afectando la salud.

El objetivo de este estudio, es analizar los factores determinantes de la práctica de actividad físico-deportiva y su calidad de vida en el personal no docente de la UANL; las barreras que la población percibe para no desarrollar actividad física, las sugerencias que hace la población para desarrollar actividad física y la relación existente entre IMC y la práctica de la misma actividad.

El estudio se llevó a cabo en una muestra de 384 trabajadores no docentes (Auxiliares, administrativos, técnicos, secretarias, intendencia) de la UANL, de los cuales 248 son mujeres y 135 hombres, con una edad promedio de 38.30 años.

Se realizó un estudio descriptivo, comparativo y correlacional; se aplicó un cuestionario denominado "Encuesta de actividad física y calidad de vida", el cual consta de 64 reactivos en los que se examinan 11 dimensiones: funcionalidad física, rol físico, funcionalidad social, vitalidad, consumo de sustancias, alimentación, actitudes y conductas hacia el ejercicio, barreras para la práctica de la actividad física y el deporte, empleo del tiempo libre y datos sociodemográficos.

Además se obtuvo la medición de parámetros de la composición corporal a través de impedancia bioeléctrica, por medio del instrumento conocido como Báscula Tanita TBF-410GS.

Algunos de los resultados más significativos muestran que los hombres obtienen valores más altos ( $p < 0.01$ ) respecto a las mujeres en: peso corporal,



estatura IMC, masa libre de grasa y masa magra; por el contrario las mujeres tienen un porcentaje de grasa mayor.

Se encontró una prevalencia de la Obesidad tipo 1 (25-29.9 kg/m<sup>2</sup>) con 39.8 %, seguido de Obesidad tipo 2 (30-40 kg/m<sup>2</sup>) con 23.8% y Obesidad 3 (>40 kg/m<sup>2</sup>) con solo el 2.1% y el resto dentro del límite deseable.

De los seis índices creados, no se encontraron diferencias significativas por género; el índice de alimentación fue mejor valorado por las personas mayores de 50 años ( $p<.01$ ), y los trabajadores que tienen estudios hasta secundaria otorgan un valor más bajo a este mismo índice respecto al personal con otra preparación.

La percepción de la salud refleja diferencias significativas ( $p<.01$ ) con el índice de funcionalidad física y con las actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio. Por otro lado, la gente que se percibe con una buena complexión física, tiene un 32% de obesidad tipo 1 de acuerdo al IMC.

Las barreras o impedimentos que percibe el personal para practicar ejercicio son: los altos costos para asistir a un gimnasio (especialmente en las mujeres) y la sensación de cansancio, por lo que la actividad física se percibe como un desgaste.

El impedimento más importante por el cual no desarrollaría actividad física el personal no docente, fue por la falta de tiempo (60.7%). La principal sugerencia para mejorar la práctica del ejercicio es que se debería fomentar en el trabajo (24.2%), por otro lado la principal sugerencia que manifestaron sobre la forma de mejorar la práctica del ejercicio en la comunidad universitaria fue que se deberían hacer cursos en el espacio laboral (47.3%).

Las enfermedades que más manifestaron fueron, las cardiovasculares para el rango de <50 años y alergias respiratorias para el rango de 17-30 años.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1. INTRODUCCIÓN



## 1.1 Planteamiento del problema

Las nuevas tecnologías, los cambios de hábitos y el ritmo de vida acelerado, han reducido la parte que el ejercicio físico tenía en el trabajo y en la vida de las personas. El trabajo se ha vuelto totalmente intelectual y cada vez se encuentran formas más eficientes y novedosas de desplazarnos al lugar de trabajo, al hogar, a las reuniones sociales, posibilitando un recorrido seguro y disminuyendo los tiempos de traslado.

La industrialización, ha favorecido la disminución de la actividad física, como lo señalan Torres y Castarlenas (2004) que dicen que los procesos tecnológicos han favorecido el sedentarismo por tres fenómenos: la disminución de la demanda del trabajo físico en la actividad laboral, el aumento del transporte mecanizado y el incremento en la oferta de ocio pasivo.

Estos hábitos, ligados a la cultura, se han definido dentro de un concepto que cada vez es más común dentro de nuestra sociedad: el sedentarismo. Las prácticas ligadas a éste más comunes son: la reducción del esfuerzo físico en diferentes momentos, como al desplazarse a la escuela y el aumento de actividades de ocio pasivas como: mirar televisión, jugar videojuegos, etc.

López y Col. (2002), determinan que el sedentarismo, se ha extendido, derivado de los nuevos hábitos de vida, trabajo y ocio como una característica actual de la sociedad, lo que ha permitido reconocer a la práctica del ejercicio físico como un elemento vinculado a la salud y el bienestar.

El ser humano, necesita actividades en las cuales se involucren diversos movimientos corporales, en el tiempo libre y en espacios que permitan tener un gasto energético, que evite enfermedades crónico degenerativas como: hipertensión, diabetes y la obesidad.

Por esta razón, es necesario dedicar un tiempo extra del día, para practicar alguna actividad física (caminar, subir escaleras o realizar actividades dirigidas en un centro especializado) para completar las actividades habituales (Serra, et al. 2001).



Lo anterior se vuelve difícil de realizar, ya que se pasa mucho tiempo en el trabajo y aunque los transportes facilitan las cosas, el tráfico y las obligaciones diarias tienen un lugar importante en nuestras vidas.

La incorporación de la sociedad en la práctica de algún tipo de actividad física, reeditaría en los cosos de la salud pública, al respecto García, Marcó y Garre (1999), señalan que "los estudios en población general indican que la práctica de una actividad física regular y estable ayuda a mejorar la salud física y psicológica, incrementando de este modo la calidad de vida." En dicho estudio dividieron a la población en 4 grupos, el grupo de ejercicio aeróbico presentó puntuaciones más elevadas en el bienestar psicológico y en la sensación de fatiga que el grupo de ejercicio no-aeróbico.

Esa incorporación a una vida activa, evitaría lo que como la *Organización Panamericana de la Salud* (OPS, 1998) ha puesto de manifiesto sobre el sedentarismo, y el impacto sobre la obesidad (pandemia) en donde, se determina un rápido aumento en las tasas de la diabetes tipo 2, para la cual la obesidad es el principal factor de riesgo conocido. De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes, situada en Bruselas, el número de diabéticos en todo el mundo ha ascendido a más de 150 millones, es decir, se ha quintuplicado desde 1985.

La salud es un aspecto que se debe cuidar y el ejercicio físico ayuda a mantener la homeostasis para que el organismo siga en equilibrio. En la población adulta, los beneficios están asociados con la participación de por lo menos 30 minutos de intensidad moderada de actividad física, por lo menos 5 veces a la semana (Department of health, 2004).

Un ejemplo muy claro es la propuesta de 10,000 pasos diarios, que son aproximadamente 90 minutos de caminar (Le Masurier, Sidman y Corbin, 2003). Aunque muchas de las veces por cuestiones laborales, familiares y por falta de hábito no se acumulan los pasos recomendados de forma diaria.



Sumado a los cambios en los hábitos de actividad física de los individuos y la creciente urbanización, se ve la necesidad de buscar lugares específicos para la práctica físico-deportiva. Dichos lugares se ven disminuidos por las viviendas y comercios, la falta de seguridad imposibilita su fácil acceso. Otros espacios se ofrecen dentro del mercado de lo privado, dejando a las personas que no pueden pagar este tipo de servicio, fuera de la práctica de actividad física.

La falta de espacios adecuados, de personal capacitado al alcance de la población en general y de hábitos no saludables, ha fomentado en la sociedad una creciente inactividad que se ve reflejada en diferentes lugares como: el hogar, la escuela y el trabajo lo que disminuye la calidad de vida de los individuos.

Dentro de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), existen trabajadores, a los cuales se les puede agrupar en personal docente y no docente (administrativos, técnicos, intendencia y mantenimiento), el interés por este último grupo viene dado porque se ha realizado una investigación a la par para el personal docente, y no se debe dejar de lado al personal no docente ya que forman parte de la comunidad universitaria.

La calidad de vida de los trabajadores se ve favorecida, por los programas e investigaciones que permiten un beneficio en los espacios laborales. La salud empresarial o laboral, a través de la práctica de actividad física regular, se crea un área de oportunidad en donde, los empleados mejoren su estilo de vida redituando en un esfuerzo laboral mayor y con menos errores, además de optimizar: la confianza en sí mismo, la estabilidad emocional, la independencia, el estado de humor, el grado de auto control, el sentimiento de bienestar y la eficacia profesional (López, 2000).

El interés por determinar los factores de la práctica físico-deportiva del personal no docente, permitirá conocer las causas de la actividad física o del sedentarismo y generar soluciones acordes con las necesidades de esta



población, mejorando su calidad de vida. Ya que la prevalencia de enfermedades ligadas a la obesidad cada vez es mayor.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta: **¿Conocer los factores determinantes de la práctica de la actividad físico-deportiva en el personal no docente de la UANL permitirá promover estilos de vida activos y saludables para el personal?** En este sentido, la American College of Sport Medicine (ACSM, 1999), determina que los beneficios para la salud pública que implica el aumento de la actividad física entre la población son potencialmente enormes por que sigue prevaleciendo un estilo de vida sedentario y por el impacto de la actividad física sobre el riesgo de enfermedad.

De la misma manera, Zaragoza y Generelo (citados por Ceballos, et al. 2006), sostienen que la actividad física puede ayudar a posponer la enfermedad y alargar la independencia funcional en todos los sujetos adultos y por tanto, ayudar a mejorar su calidad de vida.

Por lo antes expuesto se presentan las siguientes preguntas de investigación, las cuales orientarán el desarrollo de la presente investigación:

1. ¿Cuáles son los factores determinantes de la práctica de la actividad física en el personal no docente de la UANL?
2. ¿Cuáles son las barreras percibidas de la población para no desarrollar actividad física?
3. ¿Cuáles son las sugerencias de esta población para desarrollar actividad física?
- 4.- ¿Qué relación existe entre el índice de masa corporal (IMC), y la práctica de actividad física?



## 1.2 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que para el año 2020 las enfermedades transmisibles serán la causa de más del 70% de la carga mundial de morbilidad, por este motivo, ha invitado a los gobiernos a promover y reforzar programas de actividad física para erradicar el sedentarismo como parte de la salud y política social, y como un medio práctico para lograr numerosos beneficios sanitarios, ya sea de forma directa o indirecta (OMS, 2008).

Según la OPS (2002), los costos sociales asociados a las enfermedades crónicas son abrumadores. El costo total anual asociado con la diabetes en América latina y el Caribe se calculó en US\$ 65.000 millones en el año 2000.

En los Estados Unidos solamente, los costos de la atención directa de salud debido a la obesidad superan los 100 mil millones de dólares al año, según la Asociación Americana de Obesidad.

La hipertensión es uno de los factores más importantes para las cardiopatías y afecta entre el 8% y 30% de los habitantes de la región. México, uno de los países que ha realizado más de una encuesta de factores de riesgo de enfermedades crónicas, determinó que la prevalencia de la hipertensión había aumentado de 26% en 1993 a 30% en el 2000 (OPS, 2007).

En México, se han diseñado programas con la finalidad de generar hábitos de vida saludables, en la educación básica, un ejemplo de ello es el “programa nacional de activación física escolar”. Este se basa en que datos que recogió el INEGI en 1998, en donde el hábito de actividad física se reduce a menos de una hora diaria. Este informe, reporta que la mayoría de la población considera a la actividad física o deporte como eventos de fin de semana y no como una práctica sistemática.

En la UANL, la actual administración universitaria y su Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, y el Programa de Formación Integral señalado en la Visión 2012 prevén la necesidad de incorporar tanto a los docentes como al personal administrativo en la realización de algún tipo de ejercicio físico que contribuya de



esta manera a crear un estilo de vida saludable y por consiguiente mejorar su calidad de vida.

Para ello, en el contexto de las sociedades del conocimiento sustentable la UANL crea el Programa Universidad Saludable, con el objetivo de *"fomentar conocimientos, habilidades y destrezas para el autocuidado encaminado a acciones concretas, que abraza a los estudiantes, académicos y trabajadores con una cultura que promueva su salud integral, contemplando como uno de los cinco ejes rectores la práctica de la actividad física"*.

Además una de las áreas estratégicas de la Visión 2012 es *"elevar el índice de satisfacción de los empleados de la UANL, mejorando el clima organizacional y su calidad de vida con prácticas laborales gratificantes, estímulos, promociones y mejores servicios, entre otras acciones"*.

Por lo tanto resulta de interés determinar los factores que posibilitan o que detienen la práctica de actividad físico-deportiva en el personal no docente con la finalidad de atender a la Visión 2012 de la universidad, generando programas donde se promueva la salud de manera integral.

- Comparar la percepción que tiene el personal no docente de su composición con el índice de masa corporal obtenido a través del instrumento de medición Tante TBF-416 US.
- Elaborar las frecuencias y porcentajes de las actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio.
- Comparar las actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio según género, grupo de edad, índice de masa corporal y percepción de la salud.
- Comparar el índice de masa corporal con los grupos de edad.
- Comparar la práctica de actividad deportiva con la percepción de la salud y género.
- Comparar el tipo de deporte, el lugar donde hace ejercicio, las principales



## 1.3 Objetivos

### Objetivo General

- Analizar los factores determinantes de la práctica de la actividad física en el personal no docente de la UANL.

### Objetivos Específicos

- Obtener un diagnóstico de los factores asociados a la práctica de la actividad física y calidad de vida del personal no docente de la UANL.
- Mostrar las frecuencias y porcentajes de las variables que integran la actividad física y calidad de vida.
- Realizar análisis descriptivo de los datos sociodemográficos del personal no docente de la UANL.
- Comparar los datos de la composición corporal según género.
- Comparar los índices de actividad física y calidad de vida según género, grupo de edad, nivel de estudios y percepción de la salud.
- Comparar la percepción que tiene el personal no docente de su complexión con el índice de masa corporal obtenido a través del instrumento de medición Tanita TBF-410 GS.
- Elaborar las frecuencias y porcentajes de las actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio.
- Comparar las actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio según género, grupo de edad, índice de masa corporal y percepción de la salud.
- Comparar el índice de masa corporal con los grupos de edad.
- Comparar la práctica de actividad deportiva con la percepción de la salud y género.
- Comparar el tipo de deporte, el lugar donde hace ejercicio, las principales

causas con el género y grupos de edad.

- Comparar los impedimentos para realizar ejercicio con relación al tiempo, con relación a los materiales, capacidad de disfrute con el género y grupos de edad.
- Comparar el empleo del tiempo libre con el género.
- Comparar las enfermedades con los grupos de edad.
- Evaluar los hábitos de ejercicio y calidad de vida del personal no docente de la UANL.
- Correlacionar los factores más relevantes de la práctica de la actividad física con la salud del personal.
- Desarrollar e implementar un programa para establecer, mantener e incrementar la actividad física.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 1.4 Hipótesis

- El personal no docente de UANL, determina que el principal factor para realizar actividad física es para conservar o recuperar la salud.



## 2. Marco teórico.

A continuación se abordarán los temas que fundamentan la presente investigación, se hablará del concepto de actividad física, la vinculación de esta con la salud, la socialización y los valores del deporte. Segundo del estilo de vida sedentario, su relación con la calidad de vida y la salud. Para terminar con los factores que influyen en la práctica de actividad física y las investigaciones que sirven como antecedente para el presente estudio.

### 2.1 La Actividad Física

Hacer referencia a la actividad física es referirse al concepto de movimiento, al cual es básico para expresar ideas, sentimientos y conceptos en respuesta a estímulos internos y externos. Proporciona energía, incrementa la energía y disminuye el estrés. Es un modo de participación y comunicación que contribuye de forma positiva a la salud física y mental (Andrews, Saurborn y Schreier, 1960).

## 2. MARCO TEÓRICO

La actividad física se presenta como un fenómeno en el cual la persona o grupo de personas se involucra en una actividad que requiere el uso de energía. En la actualidad, se reconoce la importancia de la actividad física en la salud física y mental, y se ha convertido en un tema de gran relevancia en la práctica deportiva.

Varios autores afirman que los beneficios de la actividad física no solo son biológicos, también son psicológicos y sociales (González, 2004; Castilla, Sánchez-López, 2007; Benítez, 2007; García, et al., 1999; Taylor, Noll y Noll, 1995), al afectar y dar forma a todas las áreas que integran a un individuo. De esta manera se vincula a la actividad física con la salud, ya que esta contribuye a un equilibrio que se beneficia mutuamente.

También debe mencionarse que la práctica de actividad física está influenciada por la cultura de la persona y el entorno que esta tiene con un medio ambiente que le brinda los recursos necesarios para la práctica de esta actividad, lo que la persona como

## **2. Marco teórico.**

A continuación se abordarán los temas que fundamentan la presente investigación, se hablará del concepto de actividad física, la vinculación de esta con la salud, la socialización y los efectos del sedentarismo. Seguido del estilo de vida saludable, su relación con la calidad de vida y la salud, para terminar con los factores que determinan la práctica de actividad física y las investigaciones que sirven como antecedente para el presente estudio.

### **2.1 La Actividad Física.**

Hacer referencia a la actividad física es acercarse al concepto de movimiento, el cual es básico para expresar ideas, sentimientos y conceptos en respuesta a estímulos internos y externos. Proporciona variedad, incrementa la energía y disminuye el estrés. Es un método de participación y comunicación que contribuye de forma positiva a la salud física y mental (Andrews, Saurborn y Schneider, 1960).

La actividad física se presenta como un medio a través del cual la persona o grupo de personas, pueden alcanzar el estado de salud deseado. En la actualidad, la creciente urbanización y el avance tecnológico, han permitido que los seres humanos, se vuelvan más pasivos, dejando de lado la práctica orientada a la actividad física.

Varios autores afirman que los beneficios de la actividad física no solo son biológicos, también son psicológicos y sociales (Gonzales, 2004; Castillo, Sáenz-López, 2007; Bermea 2007; Gracia, et al, 1999; Taylor, Sallis y Needle, 1985), al afectar y dar forma a todas las esferas que integran a un individuo. De ésta manera se vincula a la actividad física con la salud, ya que estos conceptos son un equilibrio que se beneficia mutuamente.

También cabe mencionar que la práctica de actividad física, está determinada por la cultura de la persona y la cercanía que esta tiene con un medio ambiente que la estimule para la realización de este hábito, de tal manera que *"la persona como*



*ser social y cultural desde su nacimiento, es receptora de las habilidades, conocimientos, creencias y costumbres del medio social en el que se desarrolla y, a través del cual toma contacto y se acomoda a las normas de la sociedad"* (Mcpherson, Curtis y Loy, 1989).

Por lo anterior descrito se puede establecer que la cultura transmitida a través del medio social donde se desenvuelve una persona es importante para establecer un estilo de vida saludable vinculado a la actividad física. La actividad física se vuelve un medio no solo de mejora biológica, sino un medio de educación que se establece dentro de las acciones sociales de un grupo determinado y que posibilitan estilos de vida saludables y el estado de salud.

De ésta manera la vinculación que existe entre la actividad física y la salud, está en función de los cambios que se puedan generar de manera integral en el individuo, dichos cambios no solo se establecen a través de la ejecución de una determinada actividad física, sino que están en función de acciones como la alimentación, los hábitos de higiene, la incorporación a centros de desarrollo social, el cuidado del ambiente, en pocas palabras dentro de la cultura del individuo.

La visión actual a la cual se adhiere la actividad física y la salud es una visión humanista, que en palabras de Ferreiro (2005): *"El humanismo es una respuesta histórica al reduccionismo psicológico, fisiológico y sociológico ante el problema del hombre; un llamado de atención sobre la necesidad de estudiar a los seres humanos como totalidad dinámica en relación continua con contextos interpersonales, es decir, sociales"*.

Esta visión humanista es un paradigma educativo que permite entender mejor la tendencia actual de la actividad física, la homeostasis que ésta genera, entre la salud y la enfermedad, permite ligarla positivamente con el concepto de salud, sin dejar de lado la cultura que permite el libre desenvolvimiento de las acciones dependientes de la diada actividad física y salud.



A partir de lo anterior se determina que la interacción del desarrollo integral del individuo (con los aspectos biológico, psicológico y social), se vincula con la homeostasis, la cual se establece entre la actividad física: recreativa, deportiva y educativa (Serra, 2008) y la salud. La cultura va a determinar las acciones de la persona para orientarse a la actividad física y conseguir de esta manera un equilibrio con la salud (Figura 1).



Figura 1. Interacción de la homeostasis del individuo entre Actividad física y salud. (Elaboración propia).

La actividad física permite un desarrollo pleno de todas las potencialidades del individuo, siempre y cuando su cultura, así como el medio donde se desenvuelve le permitan establecer la diada con la salud. Se cree que los factores por los que se realiza o no, van a estar determinados por la orientación conceptual y por las necesidades de cada persona.

Además de lo anterior, el sujeto se vuelve activo, aunque no realice ejercicio de gran intensidad, mejora sensiblemente su salud, al igual que su condición física, dependiendo de sus particularidades genéticas (Navarro, 2006).

La importancia de la actividad física es relevante, ya que la realización de la misma previene de diversas enfermedades como las cardiovasculares, algunos cánceres (p.e., colon y mama), la diabetes mellitus no-insulinodependiente (tipo II), la obesidad y el sobrepeso, etc. (Molina-García, et al. 2007).



Para González (1998), es una forma de profilaxis. A través de acciones motrices como danzas, juegos, deportes y otras formas más complejas de movimiento se obtiene una estimulación en el plano físico y psíquico.

Esta Actividad debe ser entendida como parte de la vida de los seres humanos, como un factor necesario que involucra los diversos aspectos del individuo, partiendo de esto a continuación se conceptualizar la actividad física con el fin de entender que relaciones establece este concepto con la salud y como la visión humanista permite explicar los factores determinantes de la práctica de la misma.

De manera coloquial se utilizan los términos ejercicio físico, educación física, deporte y actividad física para hacer referencia a las actividades motrices que desempeñan por gusto o necesidad un individuo o grupo de ellos. En el presente trabajo no se abordarán las diferencias entre estos conceptos, pero sí se determinará la importancia entre ellos y se tratará de establecer de manera teórica la base de la presente investigación.

A continuación se mencionan diferentes enfoques conceptuales de actividad física. Al respecto Ceballos (2002), hace referencia que al hablar de actividad física, no solo se debe referenciar el aspecto deportivo o recreativo, sino a todo un conjunto de actividades que están presentes en la vida de cada individuo.

Por su parte Arribas (1998), la define como, "un conjunto de prácticas corporales que se manifiestan de diferentes formas", esta definición se acerca más a la educación para el uso y empleo del tiempo libre.

Una idea centrada en la labor de la actividad física dentro del ámbito educativo orientado hacia la enseñanza de valores es la que nos propone Fraile (1998), quien desde un planteamiento humanista, presenta a ésta como una herramienta al servicio de la educación en general y de lo corporal en particular, que puede contribuir sobre problemas sociales como: violencia, discriminación, racismo, actividad consumista, etc.

Estas actividades no solo deben estar determinadas por los cambios biológicos, sino también por los cambios psicológicos y sociales que permiten un desarrollo



integral de los individuos. Acerca de esto Camiña, Cancela y Bouza (1998), *“establecen que la actividad física no solo ayuda a mejorar la condición física de las personas sino que, además, incrementa su bienestar psicológico, por ello se establece que a través de la actividad física se obtiene un doble beneficio: físico y psicológico”*.

Lo anterior determina que el individuo que la realiza deja de ser sedentario y que en etapas posteriores de su vida presentará mayor autonomía, además que en la etapa de su vida donde realice dicha actividad, se verá beneficiado, y tendrá mejor autosuficiencia, así como una mayor independencia y libertad de movimiento.

Varios autores citan la siguiente definición: “Cualquier movimiento corporal intencionado que se realiza con los músculos esqueléticos, resulta en un gasto de energía (Ceballos, et al, 2006; Toscano y Rodríguez, 2008; Méndez y Uribe, 2002; Varo, Martínez y Martínez-González, 2003, Delgado y Tercedor 2002; Fraile et al, 1998), otros más agregan que permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea” (Devís y Peiró en 2001, citado por Torres y Castarlenas, 2003).

Por su parte Serra (2008), señala que es un concepto con un alto grado de generalidad, por lo cual lo adjetiva y de esta manera describe que al hablar de actividad física se debe hacer referencia a sus aspectos: recreativos, deportivos y educativos, dotando a este concepto de tres aspectos diferentes ligados al mismo.

Hace referencia a la acción que implica a la physis humana, a su físico, al actuar tangible y observable de su corporeidad. Implica la realidad humana y se puede dar durante un proceso largo de tiempo y espacio. Puede estar adherida a cualquier ámbito de la vida humana: dar paseos después de comer, cultivar la huerta, cargar y descargar cualquier material, practicar boxeo, andar en bicicleta; por su generalidad es preciso hacer una delimitación: Actividad físico-Deportiva, recreativa y educativa (Lagardera, 1998).

Dentro del ámbito laboral, Virost y Rodríguez (2003) establecen que la actividad física es considerada como cualquier acción corporal intencionada, orientada a satisfacer las necesidades de la vida diaria, laboral, social o recreativa, la que se



lleva a cabo mediante la activación de la musculatura esquelética, generando un gasto energético por sobre los requerimientos basales.

Por su parte Lanier (2005), presenta un concepto que vincula la actividad física con la cultura, este es Cultura Física, el cual según el autor "es parte de la cultura general del hombre y en ella se sintetizan las categorías, las instituciones y los bienes creados por la Educación Física, el Deporte y la Recreación, con el fin de perfeccionar el potencial biológico del hombre en la sociedad; la cultura física será de la cultura general de un pueblo cuando se tenga de forma priorizada establecidos en una sociedad dada".

De todo lo anterior, se establece que la definición de actividad física debe estar orientada hacia una visión humanista, de tal manera que en este trabajo se propone la siguiente definición a partir del análisis de conceptos antes descritos y tomando en cuenta que los factores de esta, no solo pueden ser biológicos. De esta manera se postula lo siguiente:

*La actividad física es toda acción motriz del ser humano, intencionada e inteligente que integra a toda su corporeidad y que además se encuentra vinculada a los aprendizajes sociales determinados por el contexto en el que se desenvuelve el individuo, que repercute en el bienestar físico, psicológico y social; orientada a un aspecto cualitativo, es un medio eficaz y sistemático para fomentar estilos de vida saludable, promoviendo estados de satisfacción, bienestar y productividad y en un sentido cuantitativo, previene y rehabilita de cualquier estado de enfermedad; permitiendo de ésta manera mejorar la calidad de vida, con la finalidad de colaborar en el desarrollo social, económico y cultural de un país (definición propia de actividad física).*

Partiendo de la presente definición, se abordará la importancia que el movimiento tiene, desde una perspectiva humanista. Y se tratará de establecer porque es aconsejable dedicar tiempo a esta actividad, así como se establecerán factores por los cuales los individuos deben realizarla.



## **2.2 La actividad física y la salud.**

Existe un vínculo entre ambas, el cual esta mediado por investigaciones que sugieren el hecho de que hacer actividad física genera beneficios a nivel fisiológico a través de las adaptaciones que la misma produce.

Existen investigaciones que relacionan la práctica regular de actividad física con la salud (Marques-Vidal y Días, 2005; Machado et al. 2005; Pryce-Jones y Coote, 2005; Santos et al. 2005, por citar algunos), sus beneficios están determinados en su mayoría por los cambios a nivel fisiológico que produce.

En este trabajo ya quedó establecida la idea de una actividad física ligada a la salud de forma global o mejor dicho integral. De tal manera que enfocarnos a solo un aspecto no es suficiente para entender la visión humanista de estos dos conceptos.

El ejercicio practicado con moderación, es un factor favorecedor de la longevidad (Pelletier, 1986), y que las personas que lo practican tienen hasta un 50% menos de probabilidad de fallecer prematuramente por problemas cardiovasculares que las personas sedentarias (Paffenbarger, Hyde, Wing y Hsieh, 1986).

De los autores que enfatizan acerca de los beneficios integrales de la actividad física y la vinculan como parte fundamental del concepto de salud, se eligieron estos autores: Secretaría de Salud (SSA), 1999; Almond (1992); Samaniego (1999); Ganong (2000) y Guyton (1975) y Contreras (1998). De tal manera que en resumen los principales beneficios que mencionan son:

Fisiológicos, dentro de los cuales podemos obtener beneficios del sistema circulatorio, del sistema cardiopulmonar, el sistema músculo esquelético, incremento del consumo de oxígeno, además de disminuir la incidencia de infartos al miocardio entre otros. Psicológicos y sociales, de los primeros se determina que es un regulador del descanso y el sueño, disminuye el estrés, proporciona un estado de bienestar por mencionar algunos y los segundos, mejoran la calidad de vida, disminuyen la incapacidad relacionada con la inactividad, mayor rendimiento



académico y provee un mejor estilo de vida en la edad adulta (Ver Figura 2: Efectos bio-psico-sociales de la Actividad Física en la salud).

Para Cantón (2001), la relación entre la actividad físico-deportiva y la salud, es a través de factores específicos como: el estilo de vida sedentario, que afecta a los dos tercios de la población adulta, el deporte aporta una relevante función como factor de prevención de enfermedades, en cuanto se mejora la condición física. La disminución de factores de riesgo, entre ellos la inactividad y la obesidad ya que el ejercicio continuado y moderado contribuye a la estabilización del peso corporal.

Esta vinculación, debe hacer referencia a la polivalencia del concepto de salud, ya que puede referirse a factores objetivos como los biológicos (esperanza de vida y carencia de enfermedad), o a una consideración más global, es decir multidimensional, que comprende buenas condiciones físicas, psicológicas y sociales, aspectos que predominan en las concepciones internacionales actuales de salud (Cantón, 2001).

No es parte de este trabajo analizar el concepto de salud, aunque ya se ha abordado la relación con la actividad física, por ello tomaremos la idea de Hernández (2004), quien de una manera más integradora sostiene que la salud es un estado físico y social que coloca al individuo en un constante proceso de equilibrio homeostático, donde interactúan lo biológico, lo emocional y lo social, para expresar las virtudes del cuerpo y las cualidades de la mente.

Referente a lo anterior Delgado y Tercedor (2002), afirman que la salud es parte de la condición humana atendiendo a sus dimensiones física, psicológica y social. Desde un aspecto positivo donde la salud es disfrutar, resistir desavenencias y no sólo como ausencia de enfermedad. No es un estado único, es un medio, un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

Estos mismos autores, establecen que la actividad física es un elemento del estilo de vida más importante para conseguir un equilibrio entre salud y calidad de vida. La relación entre las dos, se ha estudiado desde diferentes modelos de análisis.



21



Efectos de la actividad física en la salud.					
	Secretaría de salud (PROESA, 1995)	Almond (1992)	Samaniego (1999)	Ganong (2000)	Contreras (1998)
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>+Mejora la capacidad del corazón y de los pulmones para enviar oxígeno suficiente y a tiempo a todo el cuerpo.</li> <li>+Mejora la circulación sanguínea en venas y arterias.</li> <li>+Reduce el riesgo de formación de coágulos en venas y arterias.</li> <li>+Auxilia en la prevención de infartos, osteoporosis y obesidad.</li> <li>+Contribuye a prevenir y controlar la hipertensión y la diabetes.</li> <li>+Mejora la digestión.</li> <li>+Aumenta la fuerza muscular y mejora la movilidad general.</li> <li>+Mejora el equilibrio y la flexibilidad corporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+Fomenta un desarrollo y crecimiento adecuado.</li> <li>+Desarrolla y mantiene el sistema cardiovascular y musculo-esquelético.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+Mejora el funcionamiento de distintos sistemas corporales.</li> <li>+Prevención y tratamiento de enfermedades degenerativas o crónicas.</li> <li>+Regulación de funciones corporales (sueño, apetito, sexual).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Disminuye la incidencia y la gravedad de los infartos al miocardio.</li> <li>Incrementa el consumo máximo de O<sub>2</sub>.</li> <li>+Incremento en las cantidades de mitocondrias del tejido muscular estriado.</li> <li>*Acenso en la cuantía de capilares por lo tanto mejor distribución de sangre.</li> <li>+Hipertrofia muscular, almacenamiento de glucógeno, grasas y otras substancias, aumenta el número de filamentos contráctiles. (Guyton, 1975)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corto plazo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>+Utilidad del ejercicio para los procesos de crecimiento y desarrollo.</li> </ul> </li> <li>Largo plazo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>+Crecimiento óseo (disminuye el riesgo de osteoporosis, mejor salud esquelética).</li> <li>+Composición corporal y obesidad (reducción del tejido adiposo y aumento del magro, conjugado con la dieta).</li> <li>+Presión arterial (cifras normales).</li> <li>+Niveles de colesterol (asociación entre ejercicio físico y reducción del colesterol).</li> </ul> </li> </ul>
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>+Propicia el descanso y el sueño reparador.</li> <li>+Mejora el estado de ánimo y eleva la autoestima.</li> <li>+Disminuye el estrés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+Mejora el control y gestión de las deficiencias existentes (asma y diabetes).</li> <li>+Contribuye al bienestar mental y psicológico, a un mejor estado de humor y a una consideración positiva de la imagen corporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+Prevención y tratamiento de alteraciones psicológicas.</li> <li>+Estado psicológico de bienestar.</li> <li>+Sensación de competencia.</li> <li>+Distracción, evasión y forma de expresión de las emociones.</li> <li>+Medio para aumentar el autocontrol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+Los pacientes que se ejercitan con regularidad "se sienten mejor".</li> <li>+Resultados académicos, laboral, +Estabilidad emocional, +Memoria, +Percepción, Satisfacción sexual, + Bienestar. - Absentismo laboral, -cólera, - Ansiedad (Taylor, Sallis y Needle, 1985).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+Estado general de bienestar percibido o estado psicológico de bienestar.</li> <li>+Mejora la autoestima.</li> <li>+Disminuye el estrés.</li> <li>+Disminuye la ansiedad, conducta inadaptable y consumo de sustancias adictivas.</li> </ul>
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>+Mejora la calidad de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+Reduce el riesgo de ciertas enfermedades en la población en general, así como en grupos especiales, fomentando una independencia creciente y una disminución de la "incapacidad relacionada con la inactividad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Rendimiento académico.</li> <li>+Movilidad social.</li> <li>+Construcción de carácter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+Permanecer activo después de la edad estándar de retiro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+Aspiraciones académicas más altas, mejores logros.</li> </ul>

Figura 2: Efectos bio-psico-sociales de la Actividad Física en la salud (Elaboración propia)



Vinculado a lo anterior, Samaniego y Devís (2003), analizan que la relación entre actividad física y salud es mucho más fuerte y compleja, en ella se establecen no solo factores biológicos, también personales y socioculturales. Partiendo de esto, el énfasis que se da a estos factores, establece la relación entre las mismas.

A partir del énfasis que se busque, la actividad física puede tener un sentido terapéutico y de prevención, en donde se previene o cura la enfermedad, en un sentido concreto sería la idea de resultado. Y por otro lado está la idea ligada a la mejora de calidad de vida, en donde se apuesta por una idea de bienestar, en pocas palabras una orientación de proceso (Ver Figura 3).

Ambas están ligadas con la perspectiva de salud, en una se espera la mejora (la no manifestación de la enfermedad) y en la otra se pretende el bienestar, es decir el aspecto cualitativo de la misma.

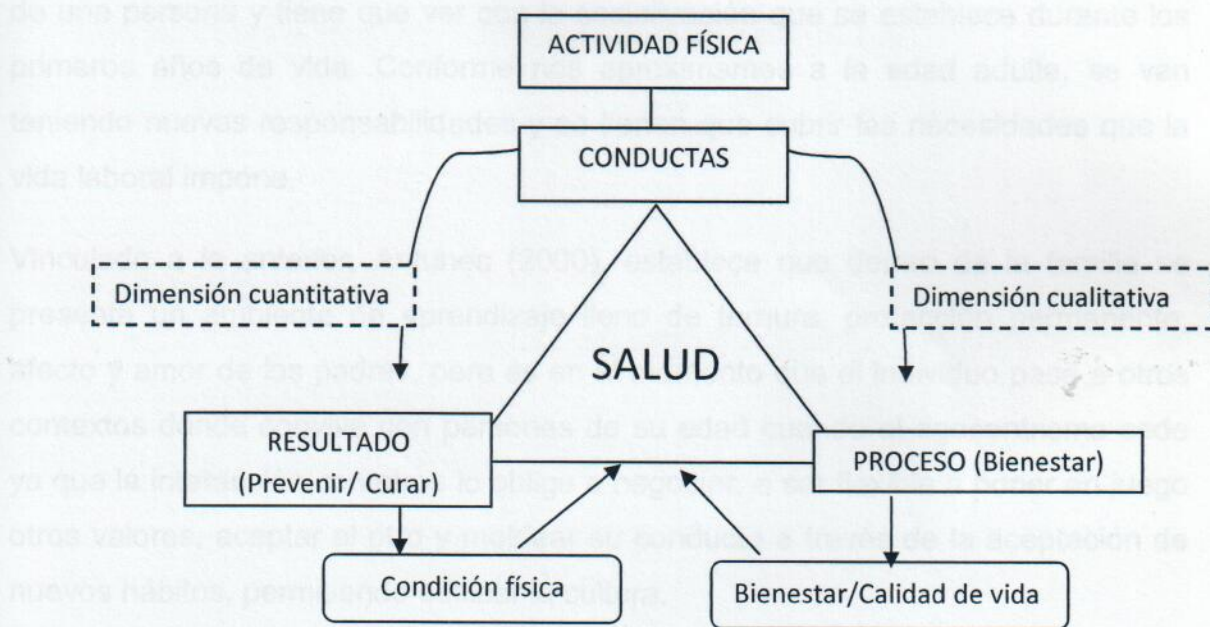


Figura 3: Relación entre actividad física y salud (Elaboración propia).



### 2.3 Actividad física y socialización

La actividad física, el movimiento, es una cualidad sustancial del ser humano es una dimensión especial ya que más allá de lo puramente biológico y funcional ha permitido que el movimiento sea fuente de conocimiento y comunicación, de sentimientos y emociones, de placer estético, de salud, de esparcimiento, como factor de desarrollo filogenético y ontogenético, ligados todos ellos a la corporeidad humana (Vicente, 1988).

Lo anterior plantea que la actividad física es y representa un constructo dentro de la vida del hombre, no solo medible o verificable por medio de análisis de capacidades físicas, más bien porque representa lo que es la persona, su cultura, sus hábitos y la necesidad de comunicar sus saberes a otros por medio y a través del movimiento.

Ligado a lo anterior, el ejercicio está relacionado con los hábitos y las costumbres de una persona y tiene que ver con la socialización que se establece durante los primeros años de vida. Conforme nos aproximamos a la edad adulta, se van teniendo nuevas responsabilidades y se tienen que cubrir las necesidades que la vida laboral impone.

Vinculado a lo anterior, Antunes (2000), establece que dentro de la familia se presenta un ambiente de aprendizaje lleno de ternura, protección permanente, afecto y amor de los padres, pero es en el momento que el individuo pasa a otros contextos donde convive con personas de su edad cuando el egocentrismo cede ya que la interacción con otros lo obliga a negociar, a ser flexible a poner en juego otros valores, aceptar al otro y moldear su conducta a través de la aceptación de nuevos hábitos, permitiendo edificar la cultura.

La edificación de la cultura a la que se refiere Antunes, está ligada a las acciones que una persona emprende como parte de su estilo de vida, es aquí donde la actividad física se vuelve o no, parte de esos hábitos y la interacción con otros le



permite ir más allá de lo que conoce con su familia integrando estilos de vida saludables o en su defecto estilos de vida nocivos.

La influencia social para realizar actividad física es fuerte para todas las edades. Para los adultos las interacciones con sus amigos, compañeros de trabajo, miembros de la familia prevalecen de forma determinante en sus acciones. También existe una influencia derivada de factores como el clima y la estación del año. Además de seguridad en los vecindarios y los lugares para realizarla están alejados (Sallis, 1994).

Al tratar el conocimiento social, estamos valorando las interacciones sociales que los sujetos van estableciendo y aprendiendo desde que nacen y que van a dar lugar al conocimiento de la organización social y los principios que la rigen, y la adquisición de normas, costumbres, hábitos y convenciones sociales. Estos aspectos, entre otros, quedan reflejados en la práctica físico-deportiva, a través de la misma forma en que está organizada la actividad deportiva, las reglas y normas de juego explícitas e implícitas (García, Guillen y Marreno, 1993).

Al respecto, cada persona a través de su proceso de socialización aprende lo que está o no está bien, todo aquello que es o no aceptable en su entorno sociocultural, es decir en su contexto<sup>1</sup>, de esta manera el deporte, la actividad física así como cualquier conducta se aprende a partir de un proceso de socialización. En donde intervienen agentes de socialización que están en contacto con el individuo.

Richard y Berko (1997), precisan que por medio de este proceso, las personas absorben las creencias, los sentimientos y la conducta apropiada a su papel en su propia cultura. La familia, la escuela, los compañeros y la televisión, ejercen una influencia en las personas que permiten construir su manera de desempeñarse en

---

<sup>1</sup> Al momento de hacer referencia al contexto se va a definir como: contexto social, el cual abarca el medio, la relación entre el que habla y a quien se dirige y las reglas interaccionales que gobierna una conversación en particular.



la sociedad, a través de la adopción de conductas que son reafirmadas por los otros e interiorizadas por el individuo.

Al respecto, la teoría del aprendizaje social, permite explicar mejor esta interacción, Berck (1999), explica la teoría del aprendizaje social de Bandura, la cual demostró que el modelado, conocido también como imitación o aprendizaje observacional, es la base de una gran variedad de conductas. Esto se establece a través del desarrollo cognitivo social y como en edades tempranas a través de del feedback se estimulan criterios personales para la conducta y el sentido de autoeficacia (creencias sobre sus propias habilidades y características).

La actividad física como parte de un estilo de vida saludable (EVS) se puede explicar por medio del aprendizaje social que se va dando conforme un individuo se ve inmiscuido en un proceso activo de socialización. A través de la observación y de la acción de los pares, además del intercambio de saberes (conocimientos), van dando forma a las acciones futuras de su vida adulta, entre una de ellas la actividad física.

El individuo a través del cúmulo de saberes va edificando su sentido de autoeficiencia, lo que le permite poner en práctica conocimientos nuevos, desechar los no aceptados por el sistema de valores de su grupo social y seleccionar saberes para crear conductas aceptadas para él y el ambiente en donde se encuentra.

De esta manera se establece que los hábitos saludables están determinados por la interacción del individuo con su ambiente ya sea este la familia, la escuela, los amigos o grupo de pares y los medios de comunicación (M.C). A través de la puesta en práctica de conductas dentro de su ambiente, el individuo se retroalimenta, creando hábitos hacia determinadas actividades (en este caso a la actividad física). Al igual que fomenta estilos de vida saludables (EVS), lo que permite acercarse mucho más a un estado de bienestar y salud, para mejorar su calidad de vida (Ver figura 4. La interacción social como factor que acerca al individuo al estado de salud).



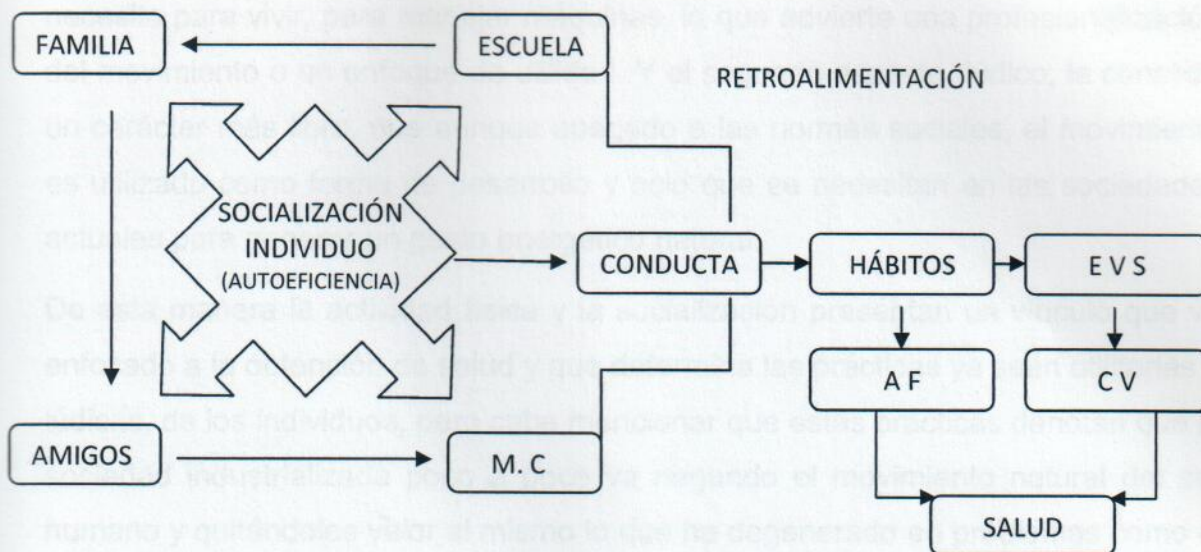


Figura 4. La interacción social como factor que acerca al individuo al estado de salud (Elaboración propia).

La actividad física como parte de un estilo de vida saludable, se ve influenciada por la socialización del individuo, que se considera como un proceso a través del cual las personas adquieren los patrones de conducta y hábitos que constituyen el estilo de vida. Partiendo de lo anterior Taylor, Baranowsky y Sallis (1994), determinan tres componentes sociales que influyen en la práctica de actividad física: el primero es la influencia social que es la información proporcionada acerca de la actividad física; el segundo son los otros significativos, esto es que la actividad deportiva de los otros significativos predice la práctica actual de los individuos y el tercero que es el soporte social, en la cual se incluye la información proporcionada por los otros acerca de la actividad física.

Para Le Boulch (1991), la actividad física, es decir el movimiento, adquiere su significado al momento en que depende del medio sociocultural, de forma particular de las estructuras sociales en las cuales se ejerce. De manera general, el movimiento como expresión de la conducta pone de manifiesto dos aspectos por un lado el pragmático o utilitario y el lúdico.



Le Boulch, da a conocer dos aspectos del movimiento del ser humano en la sociedad actual, el primero de ellos hace referencia a que el movimiento es y se necesita para vivir, para manejar máquinas, lo que advierte una profesionalización del movimiento o un enfoque de utilidad. Y el segundo aspecto, lúdico, le concede un carácter más libre, que aunque apegado a las normas sociales, el movimiento es utilizado como forma de desarrollo y ocio que se necesitan en las sociedades actuales para generar un gasto energético natural.

De esta manera la actividad física y la socialización presentan un vínculo que va enfocado a la obtención de salud y que determina las prácticas ya sean utilitarias o lúdicas, de los individuos, pero cabe mencionar que estas prácticas denotan que la sociedad industrializada poco a poco va negando el movimiento natural del ser humano y quitándoles valor al mismo lo que ha degenerado en problemas como el que se abordara a continuación: el sedentarismo.

## **2.4 Efectos del sedentarismo.**

La vida moderna ha reducido enormemente la actividad física, este estilo de vida no exige hacer ejercicio con una frecuencia y un volumen suficiente como para generar beneficios en la salud; la población en general no hace ejercicio voluntariamente, lo que conduce a una vida sedentaria (SEP, 2000).

Los avances en la tecnología y la automatización de las tareas en horarios de trabajo, ha conducido a una reducción del gasto de energía de los empleados y el uso del tiempo libre está destinado a actividades pasivas (Parkes, 2006).

El sedentarismo ha sido considerado como uno de los más grandes problemas de salud pública y es uno de los factores de riesgo para la prevalencia de muchas enfermedades. La obesidad va a la par de la reducción de la actividad física, la vida moderna ha reducido la energía que el ser humano gasta (el uso de computadoras, control remoto, autos con ventanas eléctricas, dirección hidráulica y escaleras eléctricas) (Chalfun, M., Vale, R., Fortes, M. 2008).

La falta de movimiento es un factor que genera obesidad y el sobrepeso, esto afecta a un amplio sector de la sociedad, tanto que hoy en día se estima que



afecta a 250 millones de personas de todo el mundo, y está considerada como la enfermedad del siglo XXI (López, 2002).

Según Ruibal (2001), nuestra civilización y la forma de vida actual ha provocado un deterioro de la función respiratoria, volviéndola incompleta, arrítmica e incluso pudiendo derivar en enfermedades del propio aparato respiratorio; esto se ha dado por vivir en un ambiente menos sano y cargado de polución, vida sedentaria generalmente por posturas incorrectas en el trabajo, en la escuela o en el sofá y la acumulación de tensiones.

La falta de ejercicio, entendida como: la situación en la cual el esfuerzo que realizan los músculos a largo plazo se encuentra por debajo del umbral de estímulo; los músculos no realizan el esfuerzo necesario. La superación de este límite es necesaria para conservar o aumentar la capacidad de rendimiento individual (Weineck, 2001).

Para determinar a una persona dentro de un tipo de obesidad se consideran porcentajes de grasa por encima del 25% en hombres y del 33% en mujeres (SEEDO, 2000).

Para López (2002), los indicadores de obesidad son porcentajes de más del 20% de grasa corporal en el hombre y más en del 30% en la mujer.

Un medio sencillo de valorar si existe obesidad es mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), que consiste en dividir el peso en kilogramos con la talla al cuadrado en metros, dando un valor (Ver figura 5).

Según el Manual ACSM (American College of Sport Medicine, 1999), el IMC o índice de Quetelet, es relativamente, un buen indicador de la composición corporal total para los estudios que se basan en la población y que se orienta a la obtención de pronósticos sanitarios. Los riesgos para la salud relacionados con la obesidad comienzan, según el IMC, en el límite de los 25-30 kg/m<sup>2</sup> (Ver figura 5).



IMC = peso (kg)/talla <sup>2</sup> (m)	
Normal	20-24.9
Obesidad grado I	25-29.9
Obesidad grado II	30-39.9
Obesidad grado III	Mayor o igual a 40

Figura 5.- Índice de masa corporal y valores, tomado de American College of Sport Medicine (1999). "Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio". Paidotribo: 82.

Relacionado con lo anterior, estudios longitudinales de Schmitz, French y Jeffery, (1997) encuentran una asociación entre el Índice de Masa Corporal y la práctica de actividad física, ya que al producirse aumentos en el IMC de los sujetos, disminuyen los niveles de actividad y cuando se presentan disminuciones del IMC se incrementan los niveles de práctica.

La falta de ejercicio es un factor de riesgo para la salud, ya que se desarrollan enfermedades denominadas "enfermedades de la civilización"; la disminución del esfuerzo físico aumenta la carga psíquica, provocada por la ambición, las tensiones profesionales o familiares y otros factores estresantes, afectando al sistema nervioso vegetativo, produciendo hormonas que intoxican al organismo degenerando en cáncer y enfermedades cardiovasculares (Weineck, 2001).

La inactividad física ha conducido a un aumento del número de "enfermedades hipocinéticas", las cuales son: enfermedades coronarias, hipertensión, hiperlipidemia, obesidad y trastornos musculoesqueléticos. Es necesario obtener información del estilo de vida del individuo a través de la evaluación de los estilos de vida, la cual debe incluir una valoración de la dieta, del consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y los hábitos de ejercicio (Heyward, 1996).

Montenegro y Fabián (2006), en un estudio de Bogotá, dan a conocer que el alto índice de sedentarismo, es un aspecto que determina, el desarrollo y mantenimiento de los niveles de sobrepeso, cuya prevalencia es peligrosamente alta en la actualidad. La actividad física es un factor protector ante la disfunción



metabólica, cardíaca, osteomuscular e inclusive en cuadros depresivos o de ansiedad generalizada.

La inactividad es causa de enfermedad, existe una relación dosis/respuesta entre actividad física y/o forma física y mortalidad global. Las personas que mantienen unos niveles razonables de actividad, especialmente en la edad adulta y en la vejez, tienen una menor probabilidad de padecer enfermedades crónicas o una muerte prematura. Se calcula que los costes médicos (en términos de enfermedad, ausencia del trabajo o sistemas de salud), de las personas activas son un treinta por ciento inferiores a los que ocasionan aquellas inactivas. La actividad física contribuye a la prolongación de la vida y a mejorar su calidad por medio de beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales (Rodríguez, Márquez y de Abajo, 2006).

También se tienen efectos psicológicos ya que a medida que los individuos crecen (sobre todo en la adolescencia), se produce un deterioro del estilo de vida saludable y un empeoramiento de las relaciones con la familia y con la escuela.

Esta situación se agrava en el género femenino, ya que suelen llevar una vida muy sedentaria, de tal manera que limitan su dieta, acompañado de insatisfacción con el propio cuerpo lo cual se asocia con trastornos de alimentación (Rodrigo, et al. 2004).

La práctica de actividad física y deporte se relaciona con conductas de salud favorables como: mejores hábitos alimenticios, mayor higiene dental y un mayor uso del cinturón de seguridad. Dicha práctica se relaciona negativamente con conductas perjudiciales para la salud como: consumo de tabaco, alcohol y cannabis (Jiménez, 2004).

De esta manera se puede determinar que la práctica de la actividad física ayuda a tener estilo de vida sano y enfocado a la salud, efectos contrarios al sedentarismo. Partiendo de esto abordaremos el tema de estilo de vida y posteriormente el tema de estilo de vida enfocado a la salud o saludable.



## **2.5 Estilo de vida y estilo de vida saludable.**

Se tienen la impresión de que los estilos de vida en la sociedad occidental son cada vez más sedentarios, debido a los procesos de mecanización e industrialización (Casimiro, 2000).

Lagardera (1998), establece por definición de estilo de vida como: la forma, modos o maneras de cómo un sujeto realiza su vida. A través de los estudios del tiempo libre se extrae el estilo de vida de una población específica. Pero también estudiándolos, se determinan las prácticas ocio.

Siguiendo lo anterior se puede establecer que un estilo de vida es el modo en que los seres orgánicos viven. Se debe establecer que este, no solo está determinado por la actividad del individuo o del ser orgánico, se debe tomar en cuenta el contexto en donde se desenvuelve y como éste se le presenta al individuo y lo posibilita para generar hábitos y conductas positivas.

Al respecto Bañuelos (1996) determina que un estilo de vida es "Conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona", en este mismo documento cita a Mendoza (1994) donde propone que la definición puede determinarse como: "un conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo".

Esta manera de vivir que menciona Mendoza, va a estar determinada por la familia, el grupo de amigos, la escuela y la sociedad en general donde el individuo se desenvuelve. De esta manera este concepto tiene muchísimos matices en donde se considera al individuo, el contexto donde este se desenvuelve y como interactúa con el mismo.

La OMS en 1986, definió al estilo de vida como: "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales" (Balaguer, Pastor y Moreno, 1999).

De esta manera se tiene una definición más amplia de estilo de vida que permite



entender mejor los aspectos que lo comprenden. De forma coloquial concebimos o relacionamos que este concepto es aquel donde el confort es alto, esta idea de bienestar es orientada a realizar el menor esfuerzo posible.

Este tipo de vida hace que exista una baja estimulación tanto psíquica como física, lo que trae como resultado una atrofia general del organismo incidiendo en el aparato locomotor, además del circulatorio y respiratorio.

Por su parte Mendoza, Sagrera y Batista (1994) determinan que un estilo de vida es un grupo de patrones de conducta que identifican la manera de vivir de un individuo o grupo. Es fruto de la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y las condiciones de vida de ese individuo o grupo (Generelo, 1998).

Los elementos del estilo de vida de un individuo, (por ejemplo la práctica deportiva), se encuentran ligados a los hábitos y conductas de su grupo social de referencia y a las condiciones socio-estructurales en las que viven tanto el individuo como el grupo. Al estudiar la salud y los estilos de vida se deben tomar en cuenta las unidades territoriales como una comunidad o un barrio, resaltando la influencia del lugar y la profundidad de las asociaciones establecidas (García et al., 2007).

El estilo de vida se puede considerar como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad. Los factores que lo conforman son: edad, aspectos culturales, nivel socioeconómico, género y factores emocionales y cognitivos (Sanabria, González y Urrego, 2007).

Para Mendoza (1990), el estilo de vida es el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera de vivir de un individuo o un grupo, que se da por la interacción entre la condiciones de vida. Se establece por una serie de hábitos que se clasifican en positivos o negativos según aumenten o disminuyan la salud del individuo.



La diferencia entre estilo de vida y estilo de vida saludable es que este último debe ser entendido en un sentido mucho más amplio. Las conductas que forman parte del estilo de vida no se relacionan directamente con la salud (por ejemplo, ver televisión o salir con amigos), en cambio las conductas que forman parte del estilo de vida saludable, se relacionan claramente con la salud (por ejemplo, el consumo de sustancias: alcohol, tabaco, drogas o la práctica de actividad física). Esta diferencia permite a continuación determinar el concepto de estilo de vida saludable de una manera más amplia.

La infancia sería el periodo evolutivo ideal para la adquisición de un estilo de vida saludable, dado que este se adquiere cuando el niño lo repite como comportamiento habitual sin plantearse la conveniencia o no del mismo, que es la forma habitual de realizarlo por un adulto (Kelder, Perry, Kleep y Litle, 1994).

Según Zaragoza, et al. (2006) los estilos de vida saludables (EVS) son patrones de conducta que resultan beneficiosos para la salud. Estos patrones son aprendidos gracias a la influencia de los padres, compañeros, amigos o por la influencia de la escuela, los medios de comunicación, los factores ambientales como la disponibilidad de infraestructuras, la oferta de programas, la accesibilidad a entornos naturales.

Moreno (2003), considera que un estilo de vida saludable es un término mal empleado y que se debería utilizar el término de estilo de vida relacionado con la salud de esta manera lo define como: un patrón de conductas relativamente estable de los individuos o grupos que guardan una estrecha relación con la salud.

Por su parte Sánchez (1996) establece que: un estilo de vida saludable es aquel que provoca en el individuo un óptimo nivel de estrés, una sensación de bienestar, capacidad de disfrute de la vida y tolerancia a los retos del entorno. Para esto sería necesario comportamientos que facilitasen la salud, como alimentación correcta, actividad física adecuada y regular (frecuencia, intensidad y duración), ligado a un descanso regular y apropiado.



Ligado a lo que establece Sánchez, los estilos de vida saludables están determinados por los hábitos de vida y los de salud, que van a estar determinados por el contexto donde el individuo o grupo de individuos se desenvuelven, incidiendo de manera plena con la calidad de vida y la fluctuación de la salud que en base a actitudes y conductas positivas o negativas referentes a la alimentación, el descanso y la adecuada y regular Actividad Física, se aproximarán más a un estado de Bienestar (Figura 6).

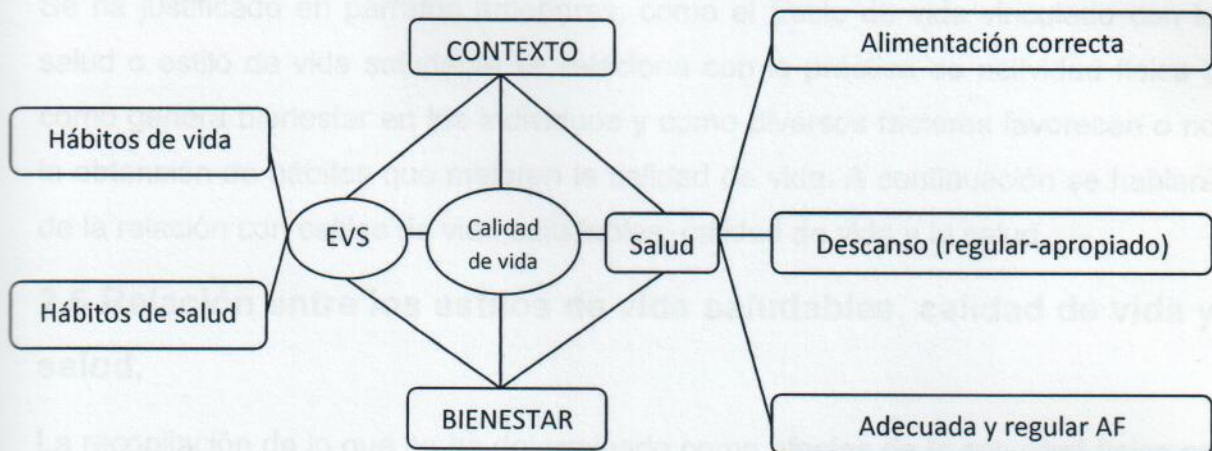


Figura 6.- Factores del Estilo de vida saludable (EVS) y su relación con el contexto y el estado de Bienestar (Elaboración propia).

Según el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 2002), una acción repetida se vuelve un hábito, un hábito repetido se vuelve una costumbre y la práctica de una serie de costumbres se vuelve un estilo de vida. Un estilo de vida saludable se basa en varios conceptos como son: Ejercicio o deporte, dieta y alimentación, actividad laboral, horas de sueño y descanso y uso positivo del tiempo libre.

Moreno (2003), establece que las variables que constituyen el estilo de vida relacionado con la salud son: consumo de tabaco, consumo de alcohol, hábitos alimentarios, actividad física y consumo de drogas.

Al hablar de estilo de vida saludable, según Aaro, Wold y Kannas (1986) se debe



tomar en cuenta no solo los aspectos de la salud, también se deben tomar en cuenta: la influencia social, las oportunidades y constricciones ambientales (actitudes, valores y normas sociales) así como las características personales (motivación, actitudes y la estructura de la personalidad).

El estilo de vida saludable es el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud en un sentido amplio, es decir, con todo aquello que provee el bienestar y desarrollo del individuo a nivel bio-psico-social (Rodrigo, et al. 2004).

Se ha justificado en párrafos anteriores, como el Estilo de vida vinculado con la salud o estilo de vida saludable se relaciona con la práctica de actividad física y como genera bienestar en los individuos y como diversos factores favorecen o no la obtención de hábitos que mejoren la calidad de vida. A continuación se hablará de la relación con estilos de vida saludables, calidad de vida y la salud.

## **2.6 Relación entre los estilos de vida saludables, calidad de vida y salud.**

La recopilación de lo que se ha determinado como efectos de la actividad física en la salud, son de forma general algunos de los beneficios que se obtiene con una práctica regular y sistematizada de movimiento. Por lo que se puede establecer, de manera general, que la actividad física adecuada mejora la calidad de vida de los individuos que la practican y es un medio no solo de prevención de enfermedades físicas, sino que se vuelve un vínculo más acertado de lo que se busca mejorar, la salud y el desarrollo integral pleno del individuo (Cantón 2001).

Para Generelo (1998), la calidad de vida es un concepto dinámico y cambiante, que pasa por promover estilos de vida que ofrezcan al individuo alternativas a las situaciones degradantes de ésta, y que en sí mismos constituyan situaciones atractivas.

La calidad de vida se relaciona con todos los aspectos del bienestar de la persona (Biológico, psicológico y social) e incluye su ambiente contextual (Matos y



Sardinha, 1999). Contiene dos elementos: uno subjetivo o psicosocial, y otro objetivo, meramente social, económico, político y ambiental (Ribeiro et al., 2003).

Según Gómez et al.(2005), calidad de vida es la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la misma con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, a partir de esto se puede definir como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas.

Los autores anteriores determinan que el concepto de calidad de vida es dinámico, esta situación se presenta por el hecho de que los ambientes o contextos en los cuales un individuo son variados, no solo por la movilidad geográfica, sino por la riqueza de interacciones sociales que se presentan en ellos, se relaciona con aspectos cualitativos (de bienestar) de la actividad física, ya que se orienta al proceso en la vida del individuo, donde la sensación de satisfacción y de bienestar juegan un papel importante.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida se define en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, en relación con los objetivos, criterios y expectativas; esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (Jürgens, 2006).

La calidad de vida está predominantemente determinada por el bienestar físico, que a su vez depende de un apropiado crecimiento, de un normal funcionamiento físico, de unos niveles óptimos de cualidades físicas, y del disfrute del tiempo libre de forma físicamente activa a lo largo de la vida (Ahrabi-Fard, Matvienko, 2005).

Estos autores agregan que el proceso de adquirir conocimientos y experiencias, toma de decisiones, y compromiso en la actividad física, es un desarrollo integral



que conlleva a una *Cultura personal de actividad física*", este se define como conjunto de valores y pasiones relativas a la actividad física y la vida activa.

Como ya se abordó en el tema anterior, los estilos de vida de los sujetos están conformados por: los factores de riesgos clásicos de las enfermedades cardiovasculares (consumo de tabaco, alcohol, hábitos alimenticios y la práctica de actividad física y deportiva), así como el consumo de drogas y medicamentos, conductas de riesgo y de prevención de accidentes, hábitos de descanso y actividades de tiempo libre (Jiménez, 2004).

Estos estilos de vida actúan directamente sobre la calidad de vida del o los individuos, ya que si se orientan de forma negativa, afectan el continuo entre bienestar y salud, lo que genera una calidad de vida pobre. Por otro lado si este se orienta hacia hábitos saludables el continuo se estabiliza y se crea la noción de salud.

La calidad de vida se puede visualizar desde una forma multidimensional, pudiendo constituir parámetros modificables o no, siendo parte de la vida diaria de las personas, es una forma individual relacionada con los factores hereditarios y con el estilo de vida (hábitos alimentarios, control del estrés, actividad física habitual, relaciones personales y comportamiento ante la prevención) simultáneamente con los parámetros del ambiente social: casa, transporte, seguridad, ambiente y otros (Cieslak, et al. 2007).

Por otro lado y enfocado a esta investigación del personal no docente de la UANL, la calidad de vida laboral es un concepto relacionado con las condiciones de trabajo. La no existencia de estrés laboral excesivo, la satisfacción laboral, y la implicación en el trabajo entendida como ausencia de alineación, son los indicadores de calidad de vida laboral. El trabajo sano (salud, salud laboral y calidad de vida laboral), no solo es aquel que no produce lesiones e intoxicaciones sino el que además no provoca el desgaste psicológico de los profesionales por el excesivo estrés laboral (Martín, Campos, Jiménez y Martínez, 2007).

De esta manera la calidad de vida no solo debe ser entendida desde la



perspectiva de tiempo libre de la persona, sino que se vincula a todas y cada una de las actividades que realiza, los hábitos que tiene dentro y fuera de su ambiente laboral, donde vive, la forma en que se alimenta, las tradiciones y costumbres que ha obtenido a lo largo de la vida y que son base desde su infancia.

La relación entre estilo de vida saludable, calidad de vida y salud, es indisociable y se afectan una a la otra de manera que un individuo que tiene buena salud, tendrá a su vez estilos de vida saludables (no consumo de tabaco, alcohol, drogas, buenos hábitos de descanso, alimentación, actividad física etc...), lo que le permitirá disfrutar de una calidad de vida mejor y más longeva, expresada en una reproducción de las generaciones menores positiva.

Una vez que se ha abordado el tema de estilos de vida saludables y calidad de vida se analizará en la literatura los factores que determinan la actividad física, lo que permitirá tener un punto de comparación con los resultados obtenidos en este estudio.

## **2.7 Factores que determinan la práctica de actividad física.**

En párrafos anteriores se describió la definición de actividad física, estilo de vida saludable y salud, así como la relación existente entre estas variables y la calidad de vida. En este apartado se abordarán los factores que pueden determinar que una persona realice o no, actividad física. Qué es lo que motiva a las personas a realizarla, qué papel juegan: la edad, el género, las características geográficas, el clima, las costumbres; que puedan facilitar o dificultar la práctica de acciones físico-deportivas.

Para comenzar será necesario definir "factor", este es una causa o elemento, o una asociación que se presenta entre dos variables. De tal manera que por "causa" podemos entender causas físicas (clima, falta de espacios, falta de equipo). Pero también podemos distinguir causas psicológicas (actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio), causa o motivos biológicos (género, edad, peso, estatura, complexión, vitalidad, funcionalidad física, rol físico, salud), causas o motivos sociales (nivel educativo, nivel socioeconómico, ocupación:



horas: sentado, de pie, desplazamientos y consumo de sustancias).

Sallis et al. (1992) y Mota y Sallis (2002) establecen que el término factor de influencia debería ser definido más apropiadamente como correlaciones, ya que no indican causalidad sino una potencial asociación. Por su parte, Dishman y Sallis (1990) y Dishman (1990), explican que el término "determinante" denota una predecible relación entre los factores que implica causa-efecto (Serra, 2008).

Vinculado con lo anterior se puede establecer que un factor determinante es una causa o motivo que comprueba que una conducta o acción hacía un aspecto determinado (en este caso actividad física) presenta un principio que establece un resultado. De forma más sencilla se tiene que una conducta (mediada por el contexto) se da porque se tienen ideas o necesidades específicas que el individuo desea cumplir o hacer.

Explicar la afición del hombre hacia la actividad física y el deporte resulta una cuestión bastante compleja. En primer lugar es una cuestión biológica ya que el hombre necesita el movimiento, para desarrollarse, mantenerse en el plano biológico y cognitivo (Valdés, 1998).

Dentro de la psicología del deporte, se encuentra la psicología de la motivación (la cual trata de responder las interrogantes enfocadas a la práctica de alguna actividad deportiva). En este trabajo se pretende examinar cual es la causa o factor que determina la práctica de la actividad físico deportiva.

En otros apartados ya se ha abordado de forma general como los hábitos y el estilo de vida están relacionados con la conducta y el contexto en el cual un individuo se desenvuelve y como éste afecta sus acciones o sus gustos por determinadas actividades.

Durante la niñez y la adolescencia se crean las motivaciones por la práctica de actividad física, estas pueden ser: aprender, avanzar en el dominio de un deporte, la afirmación de la personalidad, mejora de habilidades deportivas, reconocimiento, autoafirmación, sentido de pertenencia, identificación con un equipo o deportista, forma física, atractivo corporal (Barangé y Puig, 1999).



En psicología existen términos que ayudan a comprender los factores para realizar actividad física, estos son: Motivos, necesidades, impulsos e instintos. El presente trabajo no se enfoca únicamente al ámbito psicológico, sino que es un enfoque biopsicosocial del individuo que servirá de referencia para poder explicar el tema central del trabajo.

De esta manera "necesidad", es una deficiencia o carencia, puede ser de índole biológico, o estar vinculada con el aprendizaje o la combinación de ambos. Un "motivo" o motivación es un estado interno y puede ser el producto de una necesidad; está caracterizada como algo que excita una conducta que tiene como finalidad la satisfacción del estímulo (Davidoff, 1989).

La motivación resulta ser uno de los resortes básicos de cualquier actividad humana, y por supuesto, de la actividad física. El elemento motivacional queda reflejado en cualquier extensión de la actividad deportiva (por ejemplo, la selección de una actividad, su posterior práctica, la situación adecuada para su práctica,...), y resulta de interés, en el contexto de la actividad física, los tipos de motivaciones que poseen los individuos, los distintos programas de entrenamiento de la motivación, etc., (García, Guillen, Marrero, 1993).

Se han analizado los diferentes tipos de motivaciones que inducen a los individuos a realizar actividad física o al abandono de ésta, de una u otra forma las motivaciones giran en torno a la Teoría de las Recompensas (Fox, Biddle, 1998), según la cual, si pretendemos consolidar unos hábitos deportivos, hay que intentar fomentar las motivaciones intrínsecas sobre las extrínsecas.

Vinculado al concepto de motivación, Meece (2000), establece que las necesidades psicológicas, son mecanismos internos, que establecen tensión o conflicto en el individuo y lo impulsa a hacer o realizar esa conducta propositiva. Sostiene que las necesidades son fisiológicas, psicológicas y sociales, y estas influyen en sus acciones.

Bakker, Whiting y Van de Brug (1993), analizando varios estudios de los motivos para la participación en el deporte, establecen que las personas que participan en



algún deporte los hacen porque: la actividad posee un valor intrínseco (alegría, placer), y por ello vale la pena esforzarse, la actividad deportiva tiene efecto sobre la salud y las personas al realizarla tienen una sensación de competencia. Así como determinan que los principales motivos son: sentimiento de competencia, afiliación y el deseo de logro y sobresalir.

Relacionado con lo anterior, se debe tomar en cuenta que el individuo vive dentro de un entorno<sup>2</sup>, el cual puede favorecer los aspectos genéticos que se poseen desde la concepción. Dicho ambiente, está constituido por una serie de factores económicos, sociales y culturales, dentro de un ambiente social que interactúan con el individuo; la clase socioeconómica, el entorno familiar o social adverso (Férrandez, et al., 2007), son factores que posibilitan el desarrollo de conductas, de hábitos, que permiten realizar o no actividad física.

La práctica de actividad física está ligada, no solo a situaciones psicológicas, también tiene connotaciones sociales, económicas y culturales que hacen que los individuos se acerquen a la realización de esta.

Diversas investigaciones han confirmado los beneficios físicos y psicológicos que aporta la actividad física practicada de forma regular, produciendo un impacto importante en el bienestar y en la calidad de vida de quienes la practican. Existe una tendencia de declive en el disfrute de tales actividades a lo largo de la vida (Owen y Bauman, 1992).

Ligado a lo anterior, Moreno, Martínez y Alonso (2006), hablan que los estilos de vida sedentarios, el marcado descenso de participación y la no de adherencia a programas físicos-deportivos, fundamentalmente entre las chicas. Esto se presenta por el refuerzo de estereotipos masculinos asociados a muchos deportes y actividades físico-deportivas, que durante la etapa de la niñez se presentan acercamientos a esta actividad. Se tiene de esta manera que otro factor que posibilita o no la práctica de la actividad física está ligada al género.

---

<sup>2</sup> Entendido este dentro de un sentido amplio que abarca aspectos físicos, sociales, sanitarios, culturales y económicos. Este a su vez puede influir en su crecimiento y desarrollo (Davidoff, 1989).



Flores, Ruiz y García (2009), realizaron una investigación en México con los alumnos de la Universidad de Guadalajara, en donde analizaron los factores por los cuales los estudiantes no realizaban actividad física, encontrando relaciones entre la práctica y las variables de sexo, edad, sobrepeso/obesidad (IMC) y el historial de lesiones y días de enfermedad.

También se asocia la práctica de actividad física con: la retroalimentación positiva por la posesión de un físico en consonancia con el ideal estético, la autoestima, el sentido de competencia física y mejorar la apariencia (Camacho, Fernández y Rodríguez, 2006).

Otros factores ligados a la práctica de actividad físico-deportiva se refieren a la satisfacción – insatisfacción como un estado psicológico como resultado de la interacción de varias vivencias afectivas positivas o negativas, en la medida que se satisfacen las necesidades que corresponden a motivos e intereses de cada individuo (López y González, 2001).

De esta manera se tiene que la práctica de la actividad física está determinada por factores sociales (soporte social, influencia social, raza, nacionalidad, cultura, economía y ambiente), factores individuales como son los psicológicos (estereotipos, cubrir necesidades, sentido de pertenencia, motivación, autoestima) y los biológicos o físicos (género, apariencia física, estado de salud, complexión, edad). Además de todos los agentes externos como el ambiente y el contexto que retroalimentan las actividades, acciones y conductas que desempeña el individuo (Figura 7).



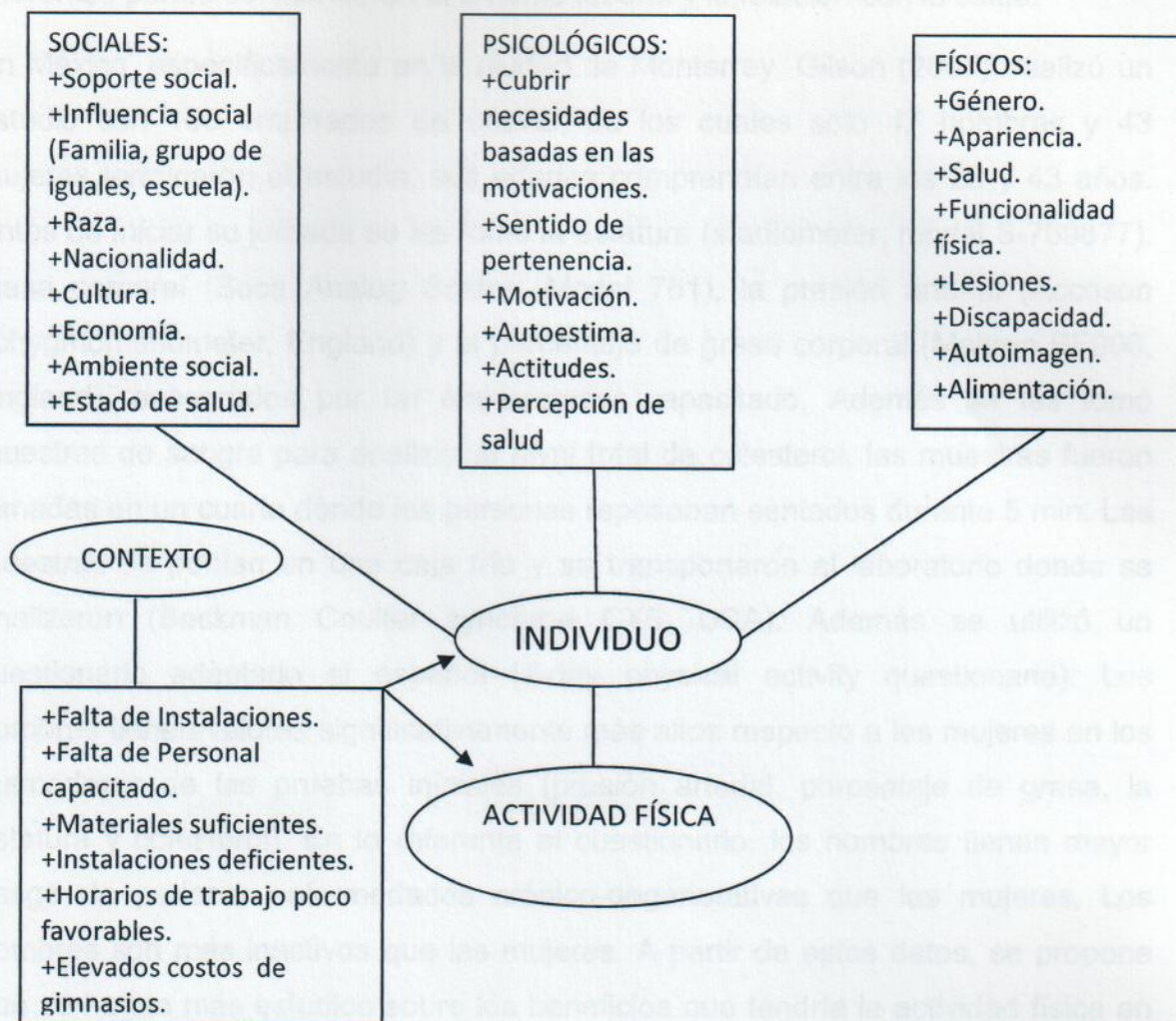


Figura 7. Factores que determinan la práctica de la actividad física (Elaboración propia).

## 2.8 Antecedentes sobre los factores que determinan la práctica de actividad física.

Una salud general en los empleados, está relacionada con costos de trabajo más bajos, una productividad más alta e índices más bajos del ausentismo o de la dimisión del empleado. Los lugares de trabajo, pueden ofrecer oportunidades únicas de animar a empleados y a sus familias para realizar actividad física (Atkinson et al., 2008).

En este apartado se abordará el tema de las investigaciones realizadas México y



diferentes partes del mundo en el entorno laboral y la relación con la salud.

En México, específicamente en la ciudad de Monterrey, Gilson (2007), realizó un estudio con 160 empleados de oficina, de los cuales solo 47 hombres y 43 mujeres terminaron el estudio, sus edades comprendían entre los 28 y 43 años. Antes de iniciar su jornada se les tomó la estatura (stadiometer, model S-769877), masa corporal (Seca Analog Scales, Model 761), la presión arterial (Accoson sphygmomanometer, England) y el porcentaje de grasa corporal (Maltron BF906, England), asesorados por un entrevistador capacitado. Además se les tomó muestras de sangre para analizar el nivel total de colesterol, las muestras fueron tomadas en un cuarto donde las personas reposaban sentados durante 5 min. Las muestras se ponían en una caja fría y se transportaron al laboratorio donde se analizaron (Beckman Coulter synchron CX5, USA). Además se utilizó un cuestionario adaptado al español (7-day physical activity questionnaire). Los hombres tienen valores significativamente más altos respecto a las mujeres en los marcadores de las pruebas iniciales (presión arterial, porcentaje de grasa, la estatura y colesterol). En lo referente al cuestionario, los hombres tienen mayor riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas que las mujeres. Los hombres son más inactivos que las mujeres. A partir de estos datos, se propone que se hagan más estudios sobre los beneficios que tendría la actividad física en el trabajo.

Por su parte Dannenberg, Cramer y Gibson (2005) realizaron una investigación en la cual promueven el caminar como una opción para los trabajadores, a través de una herramienta que analiza los espacios en donde trabajan las personas denominada como: Workplace Walkability Audit. Se analizó el potencial para realizar actividad física principalmente caminando en el lugar de trabajo, teniendo como premisa la necesidad de mejorar el estilo de vida de los trabajadores.

Gilson, et al. (2006) de la Universidad de Queensland en Australia, hicieron un estudio para analizar el impacto de dos intervenciones, al caminar durante el horario de trabajo se contaron los pasos con un podómetro (Yamax SW 200) del personal académico, administrativo así como empleados en general de la



universidad. En el estudio participaron 58 mujeres y 6 hombres entre los 40 y 52 años de edad, complementando la información con la medición del porcentaje de grasa (Tanita TBF 300), la circunferencia de la cintura (Rolifix tape measure) y la presión arterial (Accoson sphygmomanometer) y se llevó el seguimiento durante un período de 10 semanas. Caminaron a través de dos métodos denominados como "Walking routes" (rutas de caminata) y "Walking in tasks", los resultados mostraron que no se observó un cambio en la composición corporal, ni en la circunferencia de cintura ni en la presión arterial.

Por otro lado en el 2008, Gilson, McKena y Cooke, estudiaron las experiencias de los trabajadores universitarios durante 10 semanas, siendo su muestra de 64 trabajadores y compararon dos métodos de caminata. Sus resultados mostraron un beneficio en la salud y en la productividad de los empleados pero resultó difícil emplear estas técnicas en el lugar de trabajo; además de dificultades por la falta de tiempo, diferencias en la asignación de los métodos.

Aunque los anteriores estudios pretenden aplicar una propuesta de actividad física en el horario laboral de los trabajadores; todos determinan que la importancia de la misma es: dedicarle por lo menos 30 minutos al día, con lo que se pretende conseguir mejoras en la productividad y salud de los empleados.

Así mismo estudios relacionados con la práctica de actividad física en edades tempranas tratan de analizar y destacar que es lo que motiva a los adolescentes a realizarla, relacionando el género y la edad, así como la escuela y la sociedad influyen en la elección o no, de una actividad deportiva y las implicaciones de esta en la salud (Castillo y Balaguer, 1998; Castillo y Balaguer, 2001; Cantera y Devís, 2002).

Siguiendo esta línea referida al género se ha hecho estudios en España donde se ve muy marcada la diferencia en la frecuencia de actividad física y el tipo de la misma entre géneros, los factores sociales y como la cultura juega un papel importante en la elección de la actividad física, así como su relación con la calidad de vida (Puig, 1998; Serrano, Cabrera, 1998; Medina, 1998; Latiesa y Gallo, 1998)



Por otra parte se han analizado el avance social y los cambios culturales que influyen en la motivación por la práctica de alguna actividad deportiva, el avance cultural y de conocimientos que establecen prácticas corporales y proponen o ponen al servicio de los individuos ciertas prácticas físicas (Olivera y Oliver, 1995; García y Aznar, 1996).

García (2000), analizó los resultados de la encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), sobre los hábitos deportivos de la población española, donde analiza el empleo del tiempo libre, la situación sociodemográfica, interés por el deporte, la práctica deportiva, entre otros.

Así mismo, Bermea (2007), realizó un estudio epidemiológico, en la ciudad de Monterrey, N.L. México, donde señala que la población estuvo compuesta por una muestra representativa de personas mayores de 18 años. Dicho estudio fue descriptivo, comparativo y correlacional y para ello se empleo un cuestionario diseñado ad hoc denominado "Encuesta de barreras para la práctica de la actividad física y el deporte". Obteniendo resultados relevantes como: 46.6% de los encuestados coinciden en que era bastante importante el hacer ejercicio, el 24.5% mencionó tener demasiado trabajo para realizar actividad física y el 30% respondió que ve la televisión por lo menos 2 horas diarias. Se concluyó que la mayoría de la población no realiza actividad física porque no tiene una buena organización en lo que se refiere al tiempo.

En base a los antecedentes, y a los conceptos de estilo de vida, calidad de vida, sedentarismo, salud y actividad física que ya se han abordado, a continuación se definirán de manera conceptual las variables que vienen establecidas en el instrumento denominado "Encuesta de actividad física y calidad de vida" que se utilizó para analizar los factores determinantes de la actividad física en el personal no docente.



## 2.9 Definición conceptual de variables.

**Funcionalidad física:** grado de actividad que se percibe en base a la realidad tangible e inmediata en relación a nuestro propio cuerpo y el mundo natural y que se percibe mediante nuestros sentidos.

**Rol físico:** papel que se desempeña de acuerdo a la capacidad corporal que se percibe en base a la salud física.

**Funcionalidad social:** grado de actividad que se percibe en base a las acciones sociales que se mantienen con los demás, características de que algo sea práctico y utilitario.

**Vitalidad:** sensación de actividad y eficacia de las facultades vitales, percepción de la capacidad de actividad continua (energía y vigor).

**Consumo de sustancias:** se refiere al uso de agentes externos capaces de crear una sensación o sentido de mejora, puede ser estimulante o depresor del sistema nervioso y se encuentra ligado a la dependencia de sustancias como: tabaco, alcohol, drogas, etc....

**Alimentación:** acción o efecto de solventar las necesidades calóricas de los seres vivos en base a sus necesidades de energía mediante los alimentos.

**Actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio:** conjunto de creencias, sentimientos y tendencias que predisponen a actuar de una determinada manera al individuo. Presentan tres componentes: Cognitivo, que hace referencia a las convicciones, creencias, valores, ideas, etc... que la persona tiene sobre algo. Afectivo, que hace referencia a las emociones y sentimientos vinculados a un determinado objeto. Conductual, que hace referencia a la predisposición, tendencia o inclinación a actuar o reaccionar de una determinada manera respecto a un objeto. Una persona ante un determinado objeto tendrá una actitud, resultante de la representación cognitiva que hace del objeto, la asociará con hechos agradables o desagradables y actuará en consecuencia (Dosil, 2002).



**Barreras para la práctica de la Actividad Física y el deporte:** una barrera es un obstáculo que impide o dificulta el acceso físico a un establecimiento (y/o desconocen las pautas de atención a personas con capacidades restringidas): tales como “barreras físicas” (puertas giratorias, escaleras, desniveles, etc.). También existen “barreras sociales o culturales”, “barreras en la comunicación”, “barreras psicológicas”. Las prácticas de la actividad física y el deporte pueden hacer referencia a dimensiones tan variadas como: falta de tiempo, de confianza, de dinero, tener que hacer otras cosas, aburrimiento, falta de éxito, demasiada presión, pérdida de interés, los amigos dejan de participar, costo, miedo a lesionarse, no tener un sitio dónde practicar, falta de apoyo o actividades alternativas, costo y accesibilidad de actividades, falta de conocimiento de la oferta disponible, oferta inadecuada de actividades y miedo a integrarse con otros grupos desconocidos (Bermea, 2007).

**Empleo del tiempo libre:** periodos irrepetibles de la vida humana, con comienzo y fin, factibles de ser medidos con reloj, en los cuales el individuo se siente libre. Libre en su doble aspecto de “libre de” y “libre para”. Se identifica el tiempo libre como aquel en que actuamos por nuestra propia voluntad, por nuestros impulsos y según nuestros deseos e inclinaciones (Cuenca, 1983).



### 3. METODOLOGÍA



### 3. Metodología.

A continuación se dará a conocer el diseño, procedimiento de aplicación de la encuesta, al igual que el método de análisis estadístico para la presente investigación.

#### 3.1. Diseño de la investigación

El diseño utilizado en esta investigación es descriptivo, comparativo y correlacional, con variables agrupadas con relación a los factores fundamentales: funcionalidad física, funcionalidad social, actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio, barreras para la practica de la actividad física y el deporte, de los que se deriva el análisis de la situación de los hábitos de ejercicio físico y su impacto en la calidad de vida del personal académico de la UANL.

#### 3.2 Población de estudio

La población objetivo estará formada por el personal no docente de todos los campus de la UANL, serán considerados el personal que labora por horas, medio tiempo y tiempo completo.

#### 3.3 Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra, se considero un error del 5% y un intervalo de confianza del 95%, quedando una muestra final de 374 (utilizando el programa START de Hernández, et al, 2008); se incluyeron un 10 % más de encuestas (37) dando una muestra total de 411, para quedarnos con una muestra final de 383 individuos.

A continuación se muestra la distribución de participación para cada facultad y género (Tabla 1).



**Tabla 1. Facultades de la Universidad Autónoma de Nuevo león participantes en el estudio.**

Facultad	Femenino	Masculino	Total
1.-Facultad de Ciencias Químicas	14	19	33
2.- Facultad de Ciencias Biológicas	24	12	36
3.- Facultad de Ciencias Fisicomatemáticas	13	6	19
4.- Facultad de Ingeniería Mecánica Eléctrica	18	23	41
5.- Facultad de Arquitectura	31	21	52
6.- Facultad de Filosofía y Letras	20	9	29
7.- Facultad de Trabajo Social	18	5	23
8.- Facultad de Contaduría Pública y Administración	19	4	23
9.- Facultad de Organización Deportiva	23	11	34
10.- Facultad de Psicología	8	1	9
11.- Facultad de Salud Pública y Nutrición	20	3	23
12.- Facultad de Enfermería	29	13	42
13.- Facultad de Artes Escénicas	11	8	19
Total	248	135	383

### 3.4 Instrumentos

Se utilizó un cuestionario denominado "Encuesta de actividad física y calidad de vida" (Anexo 1). Dicho cuestionario elaborado a partir del cuestionario SF36<sup>29</sup> y de las recomendaciones de la OMS, OPS y el trabajo con expertos validado y en proceso de su publicación. Consta de 64 reactivos en los que se examinan 11 dimensiones: funcionalidad física, rol físico, funcionalidad social, vitalidad, consumo de sustancias, alimentación, actitudes y conductas hacia el ejercicio, barreras para la practica de la actividad física y el deporte, empleo del tiempo libre y datos sociodemográficos.

Se utilizó además para medir la composición corporal, una báscula de la marca Tanita modelo TBF-410 GS, la cual imprime los datos corporales completos de los



participantes en pocos segundos indicando: Peso, Masa grasa, Masa Magra, estimación de la Masa Muscular y Metabolismo Basal. Características: capacidad de peso máximo: 200 Kg., graduación mínima de peso: 0.1Kg, altura de la columna: 815 mm, sistema de medición: Análisis por impedancia bio-electrica por 4 electrodos, peso del equipo: 11 Kg y medida de la plataforma: 343 x 324 x 83 mm.

### **3.5 Procedimiento de aplicación**

Se obtuvo el listado de facultades de la UANL, incluyendo los datos de los directores, teléfono y direcciones. En seguida se contacto con el director de cada dependencia para contar con la autorización y facilidades (espacio físico y promoción hacia la participación del personal no docente) para aplicar el estudio, ésta solicitud se formalizó con un oficio (Anexo 2); posteriormente, se realizó una programación para llevar a cabo el trabajo de campo en cada escuela.

El día de aplicación consistió en lo siguiente:

Instalación del área de aplicación: colocación de los instrumentos en el lugar adecuado (tanita, tallimetro, pendones, encuestas).

Invitación al personal en su área de trabajo.

Se les explica el propósito del estudio y se les pregunta si están de acuerdo en participar; una vez que aceptan, se continúa con las siguientes mediciones:

- Medición de la talla: basada de acuerdo a las pautas marcadas en el manual de estandarización de la evaluación antropométrica de Lohman et al. (1988).
- Medición de la composición corporal: peso (kg), %de grasa (kg), peso de grasa (kg), peso de masa magra (kg), peso de masa residual (kg).
- Aplicación del cuestionario de actividad física y calidad de vida, se les explica la forma de cumplimentarlo y una vez entendida, el participante continúa con el llenado de todo el cuestionario, si en algún momento tiene alguna duda, se le aclara sin influir en la respuesta.



Una vez obtenidos los datos de la composición corporal y de la reflexión de la encuesta, se le pregunta ¿Se considera una persona activa o inactiva?, dependiendo de la respuesta, se le entrega una guía de actividad física denominada "Programa: universitarios activos y saludables" (previamente elaborada para este estudio, Anexo 3), se le explica la forma de utilizarlo y se le indica el uso de los ejercicios de acuerdo a su anterior clasificación: activo o inactivo.

Finalmente, se le agradece su participación en el estudio y se le invita a conservar un estilo de vida saludable mediante la práctica de actividades físico-deportivas y recreativas.

### **3.6 Análisis estadístico**

Los datos del cuestionario se han analizado usando el paquete estadístico SPSS versión 16.0. Para asegurar la fidelidad de los datos, el 10 % de ellos se revisaron doblemente. Se obtuvieron estadísticas descriptivas del perfil de la muestra y de la práctica de actividades físico deportivas, la comparación de factores como edad, género y nivel socioeconómico asociados con la actividad física deportiva mediante tablas de contingencia con la prueba Chi cuadrada, y la correlación de variables de práctica de ejercicio con la edad y el IMC mediante la r de Pearson.

Se obtuvieron cinco índices al convertir una variable categórica en una continua mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Índice "X"} = ((\text{Sum (var1, var2, var3....)} - \text{valor mínimo}) / (\text{valor máximo} - \text{valor mínimo})) * 100$$

Al crear estos índices de calidad de vida y actividad física (funcionalidad física, rol físico, funcionalidad social, vitalidad, alimentación, actitudes y conductas hacia el ejercicio), se permitió, compararlos por género, rangos de edad y nivel de estudios.



#### 4. Resultados.

Se presentan en las siguientes páginas, los resultados más significativos obtenidos en el estudio. Se presentan primeramente las tablas descriptivas de los datos sociodemográficos, seguido de los índices de calidad de vida y actividad física, continuando con las frecuencias de las actividades, intenciones y conductas hacia el ejercicio, al igual que su comparación según género, grupos de edad, índice de masa corporal, percepción de salud. Seguido de las comparaciones según grupos de edad y género en algunos casos con las barreras para la práctica de la actividad física y el deporte, el empleo del tiempo libre y las sugerencias para la práctica de actividad física y el perfeccionamiento de alguna enfermedad.

##### 4.1 Datos socio-demográficos.

En este estudio participaron 13 dependencias de las que se destacan la Facultad de Arquitectura con 13.5 % con mayor participación, mientras que la Facultad que menos trabajadores participaron fue la de Psicología con solo el 2.3 % (Tabla 2).

Tabla 2. Dependencias

## 4. RESULTADOS

Dependencia	Frecuencia	%
Facultad de Ciencias Químicas	33	8.6
Facultad de Ciencias Biológicas	36	9.4
Facultad de Ciencias Fisicomatemáticas	16	4.3
Facultad de Ingenierías Mecánica Eléctrica	80	10.7
Facultad de Arquitectura	62	13.5
Facultad de Filosofía y Letras	23	7.5
Facultad de Trabajo Social	23	6.0
Facultad de Contaduría Pública y Administración	23	6.0
Facultad de Organización Deportiva	34	8.9
Facultad de Psicología	9	2.3
Facultad de Salud Pública y Nutrición	23	6.0
Facultad de Ingeniería	42	10.9
Facultad de Artes y Ciencias	19	4.9
Total	384	100.0



#### 4. Resultados.

Se presentan en las siguientes páginas, los resultados más significativos obtenidos en el estudio, se presentan primeramente las tablas descriptivas de los datos sociodemográficos, seguido de los índices de calidad de vida y actividad física, continuando con las frecuencias de las actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio, al igual que su comparación según género, grupos de edad, índice de masa corporal, percepción de salud. Seguido de las comparaciones según grupos de edad y género en algunos casos con las barreras para la práctica de la actividad física y el deporte, el empleo del tiempo libre y las sugerencias para la práctica de actividad física y el padecimiento de alguna enfermedad

##### 4.1 Datos socio-demográficos.

En este estudio participaron 13 dependencias de las que se rescatan la Facultad de Arquitectura con 13. 5 % con mayor participación, mientras que la Facultad que menos trabajadores participaron fue la de Psicología con solo el 2.3 % (Tabla 2).

**Tabla 2. Dependencias que participaron en el estudio**

Dependencia	Frecuencia	%
Facultad de Ciencias Químicas	33	8,6
Facultad de Ciencias Biológicas	36	9,4
Facultad de Ciencias Fisicomatemáticas	19	4,9
Facultad de Ingeniería Mecánica Eléctrica	42	10,9
Facultad de Arquitectura	<b>52</b>	<b>13,5</b>
Facultad de Filosofía y Letras	29	7,6
Facultad de Trabajo Social	23	6,0
Facultad de Contaduría Pública y Administración	23	6,0
Facultad de Organización Deportiva	34	8,9
Facultad de Psicología	<b>9</b>	<b>2,3</b>
Facultad de Salud Pública y Nutrición	23	6,0
Facultad de Enfermería	42	10,9
Facultad de Artes Escénicas	19	4,9
Total	384	100,0



El 78.3 % de los encuestados presentan un contrato por tiempo completo, mientras que el 14.7 % son por horas y el 7 % es de medio tiempo (Tabla 3).

**Tabla 3. Tipo de Contrato**

Contrato	Frecuencia	%
Tiempo Completo	235	78,3
Medio Tiempo	21	7,0
Por Horas	44	14,7
Total	300	100,0

De los entrevistados el 64.8 % son del género Femenino, mientras que el 35.2 % son del género Masculino (Tabla 4).

**Tabla 4. Genero del entrevistado**

Opción de respuesta	Frecuencia	%
Femenino	248	64,8
Masculino	136	35,2
Total	384	100,0

**Tabla 5. ¿Qué nivel de estudios tiene?**

Respuesta	Frecuencia	%
Primaria	15	3,9
Secundaria	23	5,9
Técnica	77	21,3
Prepa	51	14,1
Licenciatura	128	35,4
Maestría	83	21,4
Doctorado	7	1,9
Total	362	100,0



El mayor porcentaje de los entrevistados, desempeña una función administrativa con 75.2%, le siguen el personal que menciona tener otra ocupación diferente a las opciones con 20.6% (intendentes, auxiliares y técnicos), seguido de la función de director con 2.6% y con una representación menor la función docente-administrativo con 1.6 % (Tabla 5).

**Tabla 5. ¿Función que desempeña?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Director	10	2,6
Docente	6	1,6
Administrativo	288	75,2
Otro	79	20,6
Total	383	100,0

El nivel de preparación en los empleados no docentes de la universidad, muestra mayor tendencia en los estudios de Licenciatura 35.4%, y la menor tendencia es de Doctorado 1.9% (Tabla 6).

**Tabla 6. ¿Qué nivel de estudios tiene?**

Respuesta	Frecuencia	%
Primaria	13	3,6
Secundaria	23	6,4
Técnica	77	21,3
Prepa	51	14,1
Licenciatura	128	35,4
Maestría	63	17,4
Doctorado	7	1,9
Total	362	100,0



El nivel socioeconómico que tiene un mayor porcentaje entre los entrevistados es el Medio 86.5%, seguido del Bajo 12.5% y el Alto 1.1% (Tabla 7).

**Tabla 7. ¿De qué nivel económico se considera usted?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Bajo	47	12.5
Medio	326	86.5
Alto	4	1.1
Total	377	100.0

Al preguntar sobre su complexión, el 53.8% respondió Normal, el 23.6% mencionó Obeso, el 20.1% contestó Delgado y solo el 1.6% destacó la opción de Muy delgado (Tabla 8).

**Tabla 8. ¿Cuál es su complexión?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Muy delgado	6	1.6
Delgado	73	20.1
Normal	196	53.8
Obeso	86	23.6
Muy obeso	3	.8
Total	364	100.0



Al preguntar sobre su estado de salud, muestra mayor tendencia en la opción de Bien 60.3%, y una menor tendencia la opción de Mala 1.1% (Tabla 9).

**Tabla 9. En general, usted diría que su salud es:**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Excelente	15	3,9
Muy Bien	64	16,8
Bien	229	60,3
Regular	68	17,9
Mala	4	1,1
Total	380	100,0

El 39.8% de los encuestados presenta un Índice de Masa Corporal (IMC) de 25-29.9 kg/m<sup>2</sup>, lo cual se percibe como Grado 1 de obesidad, el 34.5% presenta el límite deseable para un adulto, el 23.6% presenta Obesidad en Grado 2 (30-40 kg/m<sup>2</sup>) y solo el 2.1% presenta un IMC mayor a 40 kg/m<sup>2</sup> (Tabla 10).

**Tabla 10. Índice de masa corporal**

IMC	Frecuencia	%
20-24.9 kg/m <sup>2</sup> Límite deseable	117	34.5
25-29.9 kg/m <sup>2</sup> Obesidad 1	135	39.8
30-40 kg/m <sup>2</sup> Obesidad 2	80	23.6
>40 kg/m <sup>2</sup> Obesidad 3	7	2.1
Total	339	100



## 4.2 Índices de calidad de vida y actividad física.

Al comparar las variables de Composición corporal según Género (Tabla 11), se encontraron diferencias altamente significativas ( $P < 0.01$ ) con valores más altos para los hombres respecto a las mujeres en: el peso corporal (81.93 y 65.85), IMC (28.31 y 26.23), masa libre de grasa (44.21 y 60.54), masa residual (32.36 y 44.32); el único valor que mostró diferencias significativas a favor de las mujeres fue el porcentaje de grasa (31.52 y 25.16); las variables que no presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres fueron la Estatura (132.49 y 143.39) y el Peso de grasa (22.42 y 21.54).

**Tabla 11. Comparación los datos de la Composición corporal según Género.**

Variable	Género	N	Mean	P
Peso	Femenino	245	65.85	.000
	Masculino	131	81.93	.000
Estatura	Femenino	247	132.49	.093
	Masculino	132	143.39	.099
Índice de masa corporal	Femenino	232	26.23	.000
	Masculino	126	28.31	.000
Porcentaje de grasa	Femenino	232	31.52	.000
	Masculino	126	25.16	.000
Peso de grasa	Femenino	232	22.4297	.566
	Masculino	126	21.5468	.533
FFM	Femenino	232	44.21	.000
	Masculino	126	60.54	.000
TBW	Femenino	232	32.36	.000
	Masculino	126	44.32	.000



En la tabla 12 se observa, que al comparar los índices con la variable de género no se encontraron diferencias significativas ( $p>0.05$ ).

**Tabla 12. Comparación de los índices de funcionalidad física, funcionalidad social, rol físico, alimentación, actitudes, intenciones y conductas hacía el ejercicio y vitalidad según género.**

Índice (Variable dependiente)	Variable independiente	P
Índice de Funcionalidad física	Género	.770
Índice de Funcionalidad social		.902
Índice de Rol físico		.590
Índice de alimentación		.165
Índice de Actitudes, intenciones y conductas hacía el ejercicio		.419
Índices de vitalidad		.810



En el presente estudio, al comparar los índices con los rangos de edad, se encontró una diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ) entre el índice de alimentación y el rango de edad, de tal manera que el personal no docente >50 años cuida más su alimentación a diferencia que los demás rangos de edad (Tabla 13).

**Tabla 13. Comparación entre el índice de alimentación según grupos de edad.**

Índice (Variable dependiente)	Variable independiente	Edad	P valor p/c variable	P valor Entre los grupos
Índice de alimentación	>50 años (80.79±16.89)	17-30 años (71.24±15.30)	.004	.004
		31-40 años (74.57±16.06)	.158	
		41-50 años (73.33±17.96)	.057	



Por medio del análisis estadístico por ANOVA, se pudo establecer diferencias altamente significativas ( $p < 0.01$ ) con el nivel de estudios de secundaria y el índice de alimentación, otorgándole una valoración menor respecto al personal con otra preparación de los demás (Tabla 14).

**Tabla 14. Comparación del índice de alimentación según el nivel de estudios.**

Índice (Variable dependiente)	Variable independiente	Estudios	P valor p/c variable	P valor Entre los grupos
Índice de alimentación	Secundaria (56.43±18.17)	Primaria (73.71±19.19)	.028	.000
		Técnica (75.44±15.31)	.000	
		Preparatoria (77.61±13.99)	.000	
		Licenciatura (73.68±14.41)	.000	
		Maestría (79-83±18.01)	.000	
		Doctorado (78.57±12.59)	.020	



Se encontró una diferencia altamente significativa ( $p < 0.01$ ), entre el índice de funcionalidad física y la percepción de los encuestados sobre su salud, las personas que consideran su salud como regular le dan menor valor a la funcionalidad física en comparación con las que perciben mejor su salud y así mismo se observa que es mayor el valor con las personas que perciben su salud como mala (Tabla 15).

**Tabla 15. Comparación de Índices según la percepción de salud**

Índice (Variable dependiente)	Variable independiente	¿Cómo considera su salud?	P valor p/c variable	P valor Entre los grupos
Índice de funcionalidad física	Regular (80.08±19.39)	Excelente (99.09±2.54)	.000	.000
		Muy bien (93.46±9.08)	.000	
		Bien (89.44±13.04)	.000	
		Mala (76.13±22.99)	.981	



De la misma manera la tabla 16, se relaciona la variable de salud percibida como excelente con el índice de actitudes, intenciones y conductas hacía el ejercicio, otorgando mayor valor a este índice respecto a las demás percepciones.

**Tabla 16. Comparación de índice de actitudes, intenciones y conductas según la percepción de la salud.**

Índice (Variable dependiente)	Variable independiente	¿Cómo considera su salud?	P valor p/c variable	P valor Entre los grupos
Índice de Actitudes, intenciones y conductas hacía el ejercicio	Excelente (81.66±18.81)	Muy bien (64.08±20.99)	.012	.000
		Bien (61.56±19.70)	.001	
		Regular (55.68±13.54)	.000	
		Mala (65.62±11.96)	.559	



Al comparar las variables de complexión y la índice de masa corporal se observa en la tabla 17, que hay una diferencia altamente significativa ( $p < 0.01$ ) entre la percepción personal de la complexión de los encuestados y la medición que se realizó con la Tanita TBF-410 GS, ya que se puede apreciar que las personas que se consideran normales de complexión, presentan un grado de obesidad 1 (25-29.9 kg/m<sup>2</sup>). Además se percibe que los encuestados se encuentran en su mayoría en el grado de obesidad 1, seguido de el limite deseable (20-24.9 kg/m<sup>2</sup>), continuando con la obesidad en grado 2 (30-40 kg/m<sup>2</sup>), siendo el grado de obesidad mórbida el menos presente entre el personal no docente.

**Tabla 17. Comparación entre la percepción de la complexión con el índice de masa corporal obtenido con la medición de la Tanita TBF-410 GS.**

Complexión	Índice de masa corporal				Total
	20-24.9 kg/m <sup>2</sup> Limite deseable	25-29.9 kg/m <sup>2</sup> Obesidad 1	30-40 kg/m <sup>2</sup> Obesidad 2	>40 kg/m <sup>2</sup> Obesidad mórbida	
Muy delgado	1	0	0	0	1
Delgado	47	9	0	0	56
Normal	68	101	18	0	187
Obeso	0	19	51	5	75
Muy obeso	0	0	1	2	3
Total	116	129	70	7	322



### 4.3 Actitudes, intenciones y conductas hacía el ejercicio.

El 70.4% de los encuestados manifestó que consideran muy importante hacer ejercicio, el 23.7% dijo que bastante, el 4.7% respondió que algo, solo el .8 contestó que un poco y .3% mencionó que nada (Tabla 18).

**Tabla 18. Desde su punto de vista, ¿considera importante hacer ejercicio?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Nada	1	,3
Un poco	3	,8
Algo	18	4,7
Bastante	90	23,7
Muy importante	267	70,4
Total	379	100,0

El 36.5% contestó que no hace ejercicio de forma regular, el 23% dijo que regular, el 22.5% que algo, el 9.5% mencionó que bastante y el 8.5% respondió que mucho (Tabla 19).

**Tabla 19. ¿Hace ejercicio en forma regular? (Por lo menos tres veces a la semana).**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
No	138	36,5
Algo	85	22,5
Regular	87	23,0
Mucho	32	8,5
Bastante	36	9,5
Total	378	100,0



El 60.2% contestó que hace ejercicio solo, el 17.2% dijo que en cualquier forma, el 11.4% que en grupo y el 11.1% manifestó que en pareja (Tabla 20).

**Tabla 20. Cuando hace ejercicio, ¿Con quién lo practica más?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Solo	200	60,2
En pareja	37	11,1
En grupo	38	11,4
En cualquier forma	57	17,2
Total	332	100,0

Al preguntarles si practicaban algún deporte, el 67.5% dijo que no y el 32.5% respondió que si (Tabla 21).

**Tabla 21. ¿Practica algún deporte?**

Opciones d respuesta	Frecuencia	%
No	239	67,5
Si	115	32,5
Total	354	100,0



La respuesta que presentó mayor tendencia en la pregunta sobre el deporte que practica, fue la de otros, seguido del fútbol con 23.9% y la respuesta con menor tendencia fue la de boliche con .9% (Tabla 22).

**Tabla 22. ¿Cuál deporte practica?**

Respuestas	Frecuencia	%
Aeróbics	4	3,4
Artes Marciales	5	4,3
Atletismo	3	2,6
Basquetbol	5	4,3
Boliche	1	,9
Beisbol	4	3,4
Fútbol	28	23,9
Natación	6	5,1
Pesas	4	3,4
Softbol	10	8,5
Voleibol	3	2,6
Otros	44	37,6
Total	117	100,0

**Tabla 24. ¿Cuáles son las principales causas por las que hace ejercicio?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Porque le gusta	75	25,3
Para mantener y/o mejorar su apariencia física	63	21,0
Para mantener y/o mejorar su condición física	117	39,6
Por prescripción médica	27	9,1
Otros	14	4,7
Total	296	100,0



El 41.6% de los encuestados manifestó que hace ejercicio regularmente en su casa, el 32.4% lo hace en el parque, el 8.9% dijo que en la escuela, el 7.2% manifestó que lo hace en un gimnasio privado y en una instalación deportiva pública respectivamente y solo el 2.7% lo hace en un club deportivo (Tabla 23).

**Tabla 23. ¿Dónde hace ejercicio regularmente?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
En su casa	122	41,6
En la escuela	26	8,9
En el parque	95	32,4
En un club deportivo	8	2,7
En un gimnasio privado	21	7,2
En una instalación deportiva pública	21	7,2
Total	293	100,0

El 39.5% de los encuestados manifestó que hace ejercicio para mantener y/o mejorar su condición física, el 25.3% dijo porque le gusta, el 21.3% contestó que para mantener y/o mejorar su apariencia física, el 9.1% lo hace por prescripción médica y solo el 4.7% lo hace por otras razones (Tabla 24).

**Tabla 24. ¿Cuáles son las principales causas por las que hace ejercicio?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Porque le gusta	75	25,3
Para mantener y/o mejorar su apariencia física	63	21,3
Para mantener y/o mejorar su condición física	117	39,5
Por prescripción médica	27	9,1
Otras	14	4,7
Total	296	100,0



Al preguntar a los encuestados sobre lo que les motiva a realizar ejercicio, la respuesta que presento mayor tendencia con 39.9% fue por salud, seguida de sentirme bien con 25% y la que presentó menor tendencia fue por convivencia con 3.8% (Tabla 25).

**Tabla 25. ¿Qué es lo que más le motiva a realizar ejercicio?**

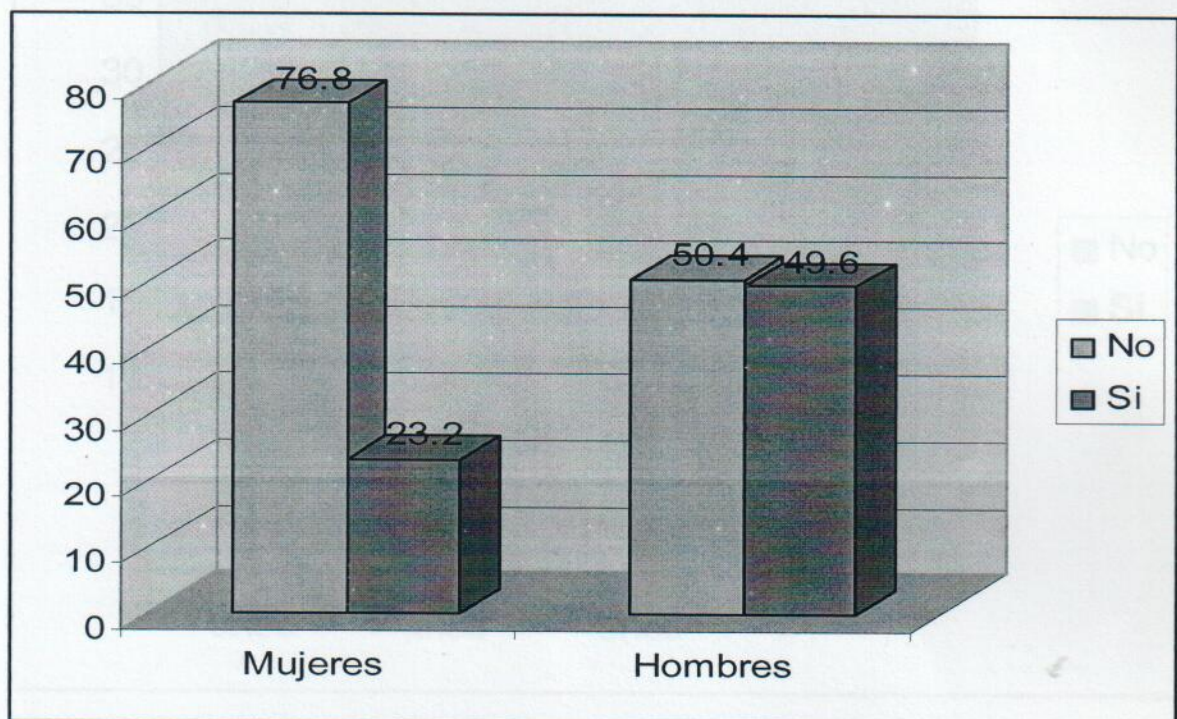
Respuesta	Frecuencia	%
Por salud	115	39,9
Gusto por la actividad	11	3,8
Condición física	37	12,8
Convivencia	11	3,8
Bajar de peso	18	6,2
Apariencia física	24	8,3
Sentirme bien	72	25,0
Total	288	100,0



#### 4.4 Comparación de las actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio según género, grupos de edad, IMC y percepción de salud.

Se encontró una diferencia altamente significativa ( $p < 0.01$ ), al momento de preguntar si practican algún deporte y compararlo según género, ya que las mujeres son las que menos realizan actividad física (Gráfico 1).

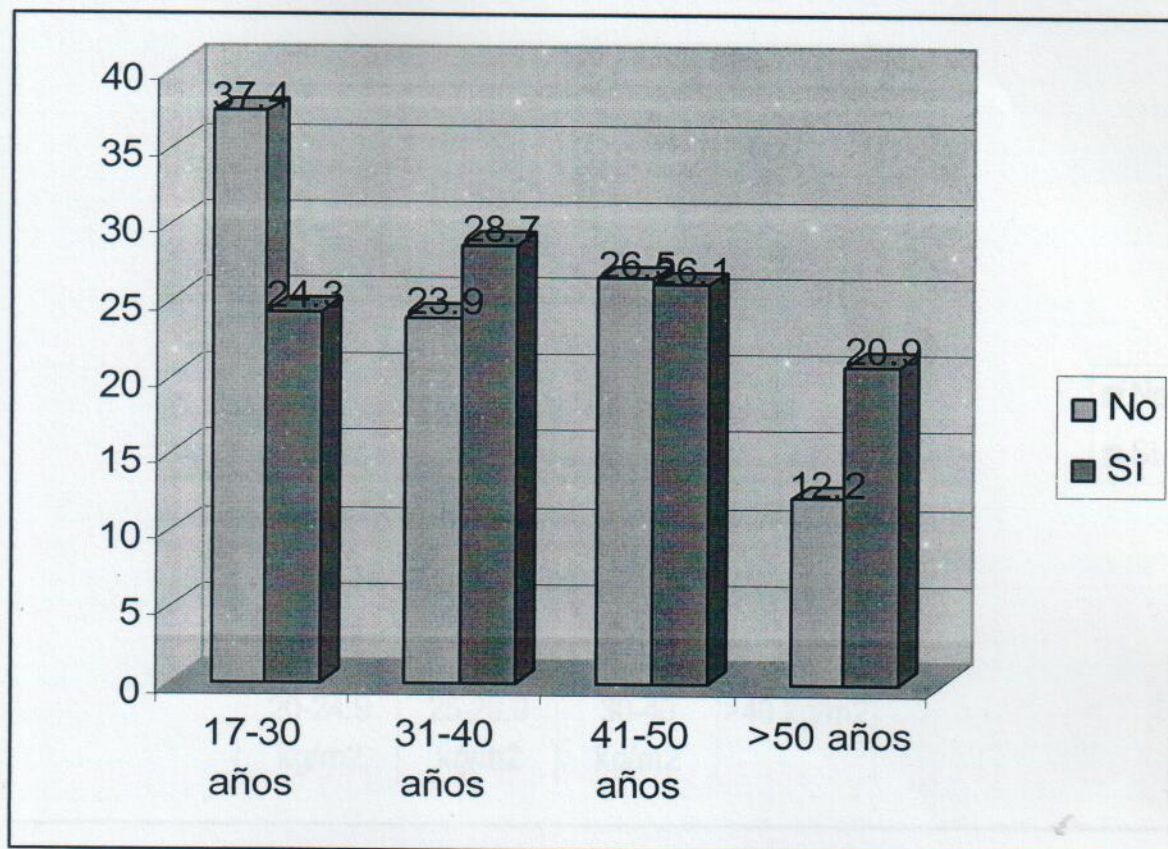
**Gráfico 1. ¿Practica algún deporte? Y su relación con el género.**





No se encontró una diferencia significativa entre la edad y la pregunta de si practicaban o no algún deporte, pero se percibe que a mayor edad menos actividad física (Gráfico 2).

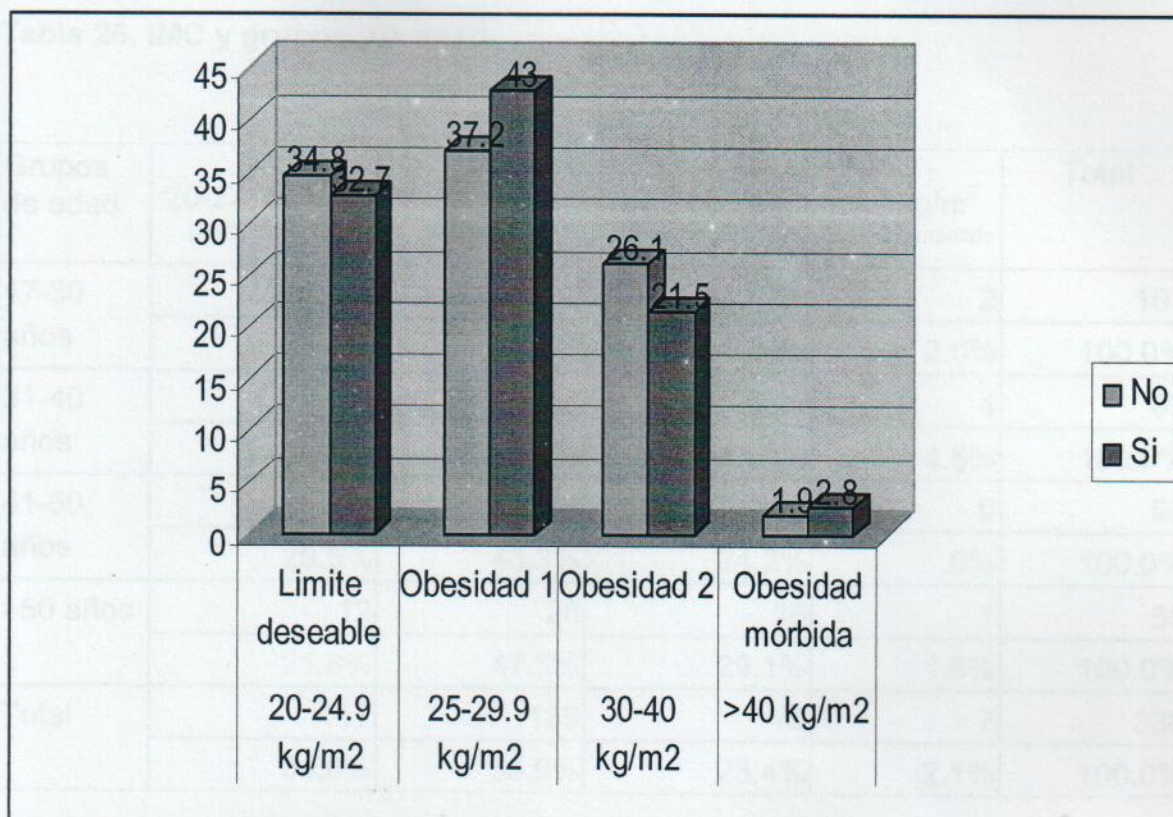
**Gráfico 2. Grupos de edad de edad y la práctica o no de algún deporte.**





No se encontró una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ), en cuanto a la práctica de actividad física y los rangos de índice de masa corporal, aunque se observa una disposición a la obesidad tipo 1 en las personas que si realizan actividad física (Gráfico 3).

**Gráfico 3. IMC y la práctica de actividad deportiva.**





No se encuentra diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) entre IMC y los grupo de edad, aunque se puede observar que el rango normal de 20-24.9 kg/m<sup>2</sup> de IMC y el grupo de edad que más lo manifiesta es el de 17-30 años, el IMC de 25-29.9 kg/m<sup>2</sup> (Obesidad tipo 1), se presenta más en los grupos de de 41-50 años y >50 años (Tabla 26).

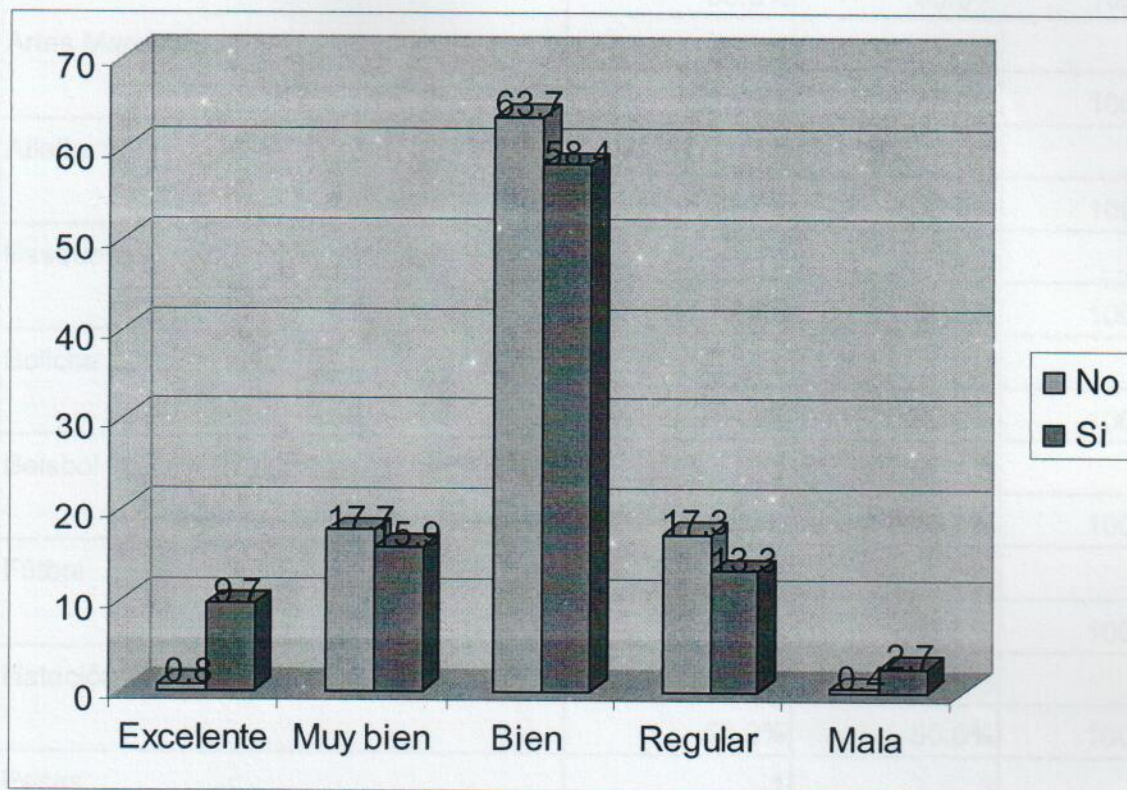
**Tabla 26. IMC y grupos de edad.**

Grupos de edad	20-24.9 kg/m <sup>2</sup> Limite deseable	25-29.9 kg/m <sup>2</sup> Obesidad 1	30-40 kg/m <sup>2</sup> Obesidad 2	>40 kg/m <sup>2</sup> Obesidad mórbida	Total
17-30 años	47	32	20	2	101
	46.5%	31.7%	19.8%	2.0%	100.0%
31-40 años	30	33	20	4	87
	34.5%	37.9%	23.0%	4.6%	100.0%
41-50 años	28	44	23	0	95
	29.5%	46.3%	24.2%	.0%	100.0%
>50 años	12	26	16	1	55
	21.8%	47.3%	29.1%	1.8%	100.0%
Total	117	135	79	7	338
	34.6%	39.9%	23.4%	2.1%	100.0%



Existe un mayor número de personas que señalan no practicar ejercicio, al comparar estos valores con la percepción de su salud, se encontraron diferencias altamente significativas ( $p < 0.01$ ) en las categorías de muy bien, bien y regular a favor de los que no practican deporte (Gráfico 4).

**Gráfico 4. Practica de actividad deportiva y percepción de salud.**





Se encontraron diferencias altamente significativas ( $p < 0.01$ ), entre el género y el tipo de deporte practicado, el más practicado por los hombres es el fútbol y las mujeres realizan otras actividades como: caminata o caminar (Tabla 27).

**Tabla 27. ¿Cuál deporte practica? Según género.**

Deporte	Femenino	Masculino	Total
Aeróbics	2	2	4
	50.0%	50.0%	100.0%
Artes Marciales	1	4	5
	20.0%	80.0%	100.0%
Atletismo	2	1	3
	66.7%	33.3%	100.0%
Basquetbol	2	3	5
	40.0%	60.0%	100.0%
Boliche	0	1	1
	.0%	100.0%	100.0%
Beisbol	1	3	4
	25.0%	75.0%	100.0%
Fútbol	3	25	28
	<b>10.7%</b>	<b>89.3%</b>	100.0%
Natación	3	3	6
	50.0%	50.0%	100.0%
Pesas	1	3	4
	25.0%	75.0%	100.0%
Softbol	3	7	10
	30.0%	70.0%	100.0%
Voleibol	2	1	3
	66.7%	33.3%	100.0%
Otros	34	10	44
	<b>77.3%</b>	<b>22.7%</b>	100.0%
Total	54	63	117
	46.2%	53.8%	100.0%



El lugar donde hacen ejercicio regularmente según género, observamos que las mujeres realizan más ejercicio en un gimnasio privado, su casa y en el parque ( $p<0.05$ ) y los hombres en la escuela (Tabla 28).

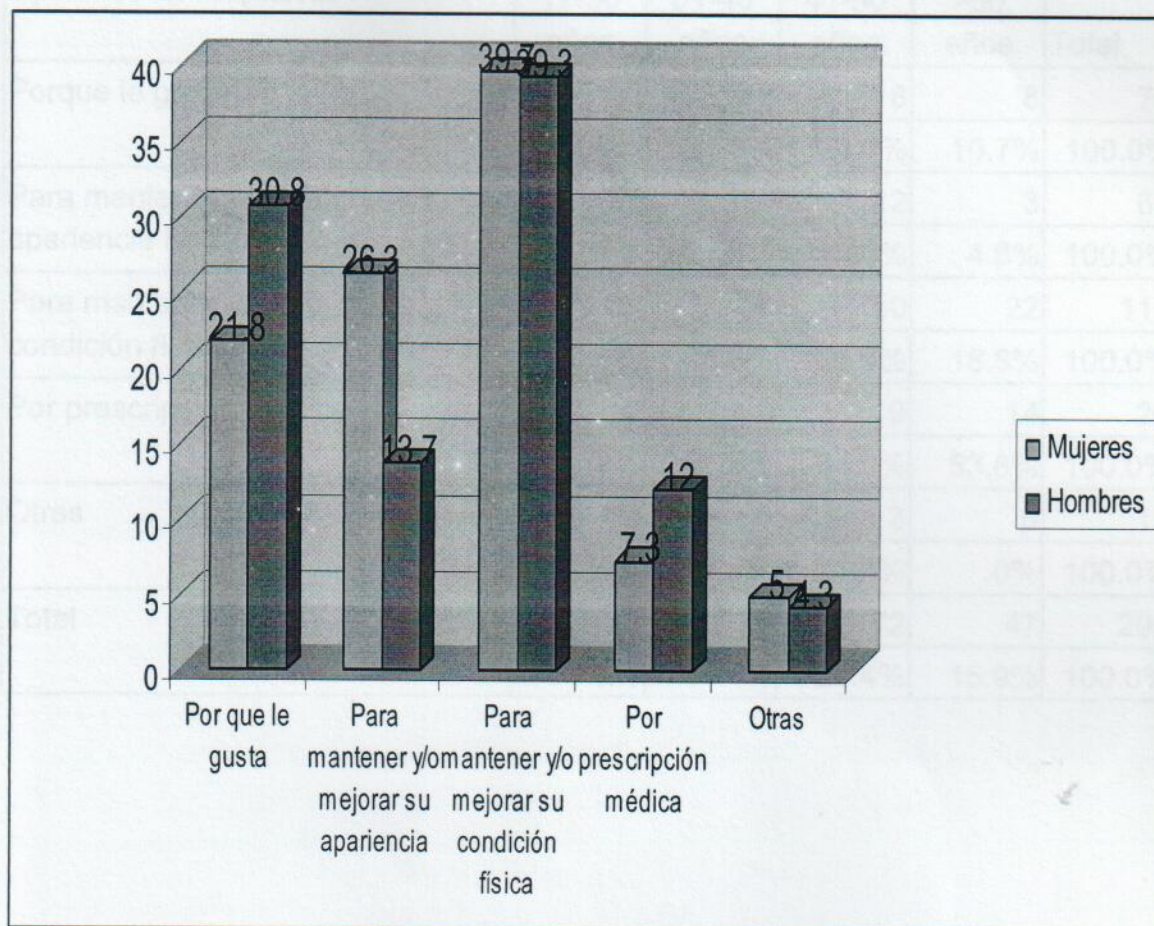
**Tabla 28. ¿Dónde hace ejercicio regularmente? Según género.**

Opciones de respuesta	Femenino	Masculino	Total
En su casa	72	50	122
	59.0%	41.0%	100.0%
En la escuela	10	16	26
	38.5%	61.5%	100.0%
En el parque	66	29	95
	69.5%	30.5%	100.0%
En un club deportivo	4	4	8
	50.0%	50.0%	100.0%
En un gimnasio privado	16	5	21
	76.2%	23.8%	100.0%
En una instalación deportiva pública	10	11	21
	47.6%	52.4%	100.0%
Total	178	115	293
	60.8%	39.2%	100.0%



Al realizar la pregunta referente a las principales causas por las que hace ejercicio, se obtuvo una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) según género, observamos que las mujeres lo hacen en su mayoría para mantener y/o mejorar su apariencia física y para mantener y/o mejorar su condición física (Gráfico 5).

**Gráfico 5. ¿Cuáles son las principales causas por las que hace ejercicio?**





Al analizar los grupos de edad establecidos en este estudio, y las principales causas para hacer ejercicio se encontraron relaciones altamente significativas ( $p < 0.01$ ), observamos son las personas de 17-30 años, son las que realizan actividad física por su apariencia física y por gusto (Tabla 29).

**Tabla 29. ¿Principales causas para hacer ejercicio?**

Opciones de respuesta	17-30 años	31-40 años	41-50 años	>50 años	Total
Porque le gusta	33	16	18	8	75
	44.0%	21.3%	24.0%	10.7%	100.0%
Para mantener y/o Mejorar su apariencia física	32	16	12	3	63
	50.8%	25.4%	19.0%	4.8%	100.0%
Para mantener y/o mejorar su condición física	36	29	30	22	117
	30.8%	24.8%	25.6%	18.8%	100.0%
Por prescripción médica	0	3	9	14	26
	.0%	11.5%	34.6%	53.8%	100.0%
Otras	3	8	3	0	14
	21.4%	57.1%	21.4%	.0%	100.0%
Total	104	72	72	47	295
	35.3%	24.4%	24.4%	15.9%	100.0%



#### 4.5 Comparación de las barreras para la práctica de la actividad física y el deporte según género y grupos de edad.

Al comparar el Género con la pregunta sobre impedimentos de realizar ejercicio con relación al tiempo, se encontraron diferencias altamente significativas ( $p < 0.01$ ), observamos que la opción de respuesta de no tener tiempo suficiente, es significativamente mayor en las mujeres (Tabla 30).

**Tabla 30. ¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación al tiempo?**

Opciones de respuesta	Femenino	Masculino	Total
No tiene tiempo suficiente	114	59	173
	65.9%	34.1%	100.0%
Tiene demasiado trabajo	23	26	49
	46.9%	53.1%	100.0%
Tiene demasiadas tareas que realizar en casa	46	4	50
	92.0%	8.0%	100.0%
Tiene que estudiar mucho	5	3	8
	62.5%	37.5%	100.0%
Otros	37	20	57
	64.9%	35.1%	100.0%
Total	225	112	337
	66.8%	33.2%	100.0%



Al analizar la variable de género con la barrera para realizar ejercicio con relación a los implementos materiales, se encontró una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ), se observa, que las mujeres manifiestan que los costos son muy elevados en las instalaciones deportivas, al igual que se aprecia con la opción de respuesta que hace referencia a no tener el equipo necesario para hacer ejercicio (Tabla 31).

**Tabla 31. ¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a los elementos materiales?**

Opciones de respuesta	Femenino	Masculino	Total
No hay instalaciones deportivas públicas para hacer ejercicio	32	27	59
	54.2%	45.8%	100.0%
Las instalaciones deportivas que existen en su dependencia son insuficientes	17	13	30
	56.7%	43.3%	100.0%
No tiene el equipo necesario para hacer ejercicio	32	17	49
	65.3%	34.7%	100.0%
El alto costo de acudir a las instalaciones deportivas privadas	75	16	91
	82.4%	17.6%	100.0%
Otros	35	19	54
	64.8%	35.2%	100.0%
Total	191	92	283
	67.5%	32.5%	100.0%



Al preguntar sobre las barreras para realizar ejercicio con relación a la capacidad de disfrute se encontraron diferencias altamente significativas ( $p < 0.01$ ), para el rango de 17-30 años les impide el cansancio, para el rango de 41-50 años no disfrutaban la actividad y los mayores de 50 años lo hacen por prescripción médica los cuales dijeron que están cansados para hacer la actividad física y mencionaron otros factores (Tabla 32).

**Tabla 32. ¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a la capacidad de disfrute?**

Opciones e respuesta	17-30 años	31-40 años	41-50 años	>50 años	Total
No le gusta la actividad física	7	2	5	1	15
	46.7%	13.3%	33.3%	6.7%	100.0%
Está cansado(a) para hacer la actividad física	27	29	17	7	80
	33.8%	36.2%	21.2%	8.8%	100.0%
No disfruta la actividad física	1	2	3	0	6
	16.7%	33.3%	50.0%	.0%	100.0%
No es bueno(a) en actividades físicas y deportivas	10	6	1	3	20
	50.0%	30.0%	5.0%	15.0%	100.0%
Es muy perezoso(a) para hacer actividades físicas	21	5	9	2	37
	56.8%	13.5%	24.3%	5.4%	100.0%
Se pone nervioso(a) cuando hace actividad física	1	1	1	0	3
	33.3%	33.3%	33.3%	.0%	100.0%
Por prescripción médica	0	3	5	11	19
	.0%	15.8%	26.3%	57.9%	100.0%
Otros	29	26	21	12	88
	33.0%	29.5%	23.9%	13.6%	100.0%
Total	96	74	62	36	268
	35.8%	27.6%	23.1%	13.4%	100%



#### 4.6 Comparación entre el empleo del tiempo libre según género.

Se muestra la comparación entre el género y el empleo del tiempo libre, se encontró una relación significativa ( $p < 0.05$ ), con valores más altos en las mujeres para estar con la familia, y leer, respecto a los hombres (Tabla 33).

**Tabla 33. Comparación entre el género y el empleo del tiempo libre.**

Respuestas	Femenino	Masculino	Total
Deporte	7	15	22
	31.8%	68.2%	100.0%
Ver televisión	15	16	31
	48.4%	51.6%	100.0%
Leer	31	20	51
	60.8%	39.2%	100.0%
Familia	55	24	79
	69.6%	30.4%	100.0%
Pasear	23	7	30
	76.7%	23.3%	100.0%
Trabajo	9	6	15
	60.0%	40.0%	100.0%
Actividades del hogar	46	9	55
	83.6%	16.4%	100.0%
Convivencia con amigos	7	5	12
	58.3%	41.7%	100.0%
Descanso	19	10	29
	65.5%	34.5%	100.0%
Total	212	112	324
	65.4%	34.6%	100.0%



#### 4.7 Comparación entre las sugerencias para la práctica de actividad física y el padecimiento de alguna enfermedad según grupos de edad.

Se obtuvo una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ), al comparar las enfermedades que padecen el personal no docente con la edad en rangos, siendo mayor las enfermedades cardiovasculares con el rango de  $< 50$  años y alergias respiratorias con el rango de 17-30 años (Tabla 34).

**Tabla 34. Grupos de edad y enfermedades en el personal no docente.**

Respuestas	17-30 años	31-40 años	41-50 años	>50 años	Total
Muscular	0	0	0	1	1
Osteoarticular	2	5	5	7	19
Cardiovasculares	5	5	6	10	26
Diabetes	0	3	4	5	12
Ácido úrico	0	0	1	1	2
Renales	1	0	1	0	2
Alergias de vías respiratorias	12	1	2	1	16
Infecciones	0	1	0	0	1
Cáncer	0	0	3	0	3
Gastrointestinales	3	2	2	2	9
Endócrinos	0	4	3	3	10
Total	23	21	27	30	101



Al preguntarles a los encuestados sobre el impedimento más importante para realizar actividad física se encontró una diferencia altamente significativa ( $p < 0.01$ ) al compararla con los rangos de edad, se observa que el personal no docente, de todas las edades percibe que el principal impedimento es la falta de tiempo, resaltando esta sobre la salud, la falta de instalaciones o problemas personales (Tabla 35).

**Tabla 35. Impedimento más importante para realizar actividad física según grupos de edad.**

Respuestas	Rango de edad				Total
	17-30 años	31-40 años	41-50 años	>50 años	
Ninguno	3	4	9	3	19
Falta de tiempo	81	58	42	19	200
Pereza	9	6	7	0	22
Salud	4	3	10	10	27
Falta de instalaciones	2	4	4	3	13
No tener con quien hacer ejercicio	0	0	1	2	3
Lesión	3	2	0	4	9
Problemas personales	0	4	5	4	13
No me gustan los deportes	1	0	1	0	2
Discapacidad	3	3	4	2	12
Clima	0	0	2	1	3
Economía	3	3	1	0	7
Total	109	87	86	48	330



## 5.1. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos del personal no docente de la UAM, a partir de la "Encuesta de actividad física y calidad de vida", muestran que la mayoría de los docentes que participan en actividades físicas deportivas, las realizan en su tiempo libre y con el fin de mejorar su salud.

Para obtener un diagnóstico de los factores asociados a la práctica de actividad física se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos del personal no docente y las variables que describen la actividad física y la calidad de vida, para lo cual se utilizaron los datos representativos de la encuesta.

En el estudio participaron 385 docentes de 13 facultades de la UAM, los de mayor participación se encuentran en la Facultad de Arquitectura con 13.5%, de Ingeniería de Alimentos con 10.9% y de Ingeniería Química y Electrónica con 10.5%, lo que permite determinar que la participación en actividad física no puede considerarse representativa de la muestra total de la UAM, por lo que se recomienda la realización de estudios de actividad física en esta población.

## 5. DISCUSIÓN

El personal no docente que participa en el estudio tiene un promedio de edad de 40 años, el 73.3% es de sexo masculino y el 26.7% es de sexo femenino, lo que indica que la participación en actividad física en esta población es mayor en hombres que en mujeres.

Por un lado, las personas perciben su composición física como normal y solo un 24.2% con sobrepeso y el 60.3% se considera con una buena salud; sin embargo, al contrastar estos datos con una medición directa, utilizando la Talla TEF-416 GS, encontramos que contradicen estos valores ya que el 39.8% con mayor tendencia del índice de masa corporal fue el de grado 1 con 39.8% y el grado 2 con 23.6%, lo que nos dice que el 63.4% de los entrevistados presentan un riesgo para su salud, según el American College of Sports Medicine (1999), ya que a mayor IMC mayor posibilidad de enfermedades crónicas, se incrementa el riesgo de padecer algunas cánceres (colon y mama), diabetes mellitus, hipertensión arterial (Molina et al., 2007).



## 5.1. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos del personal no docente de la UANL a partir de la "Encuesta de actividad física y calidad de vida", muestran algunos de los factores que determinan la práctica de actividad físico-deportiva, las barreras percibidas, el empleo del tiempo libre y las sugerencias para mejorarla.

Para obtener un diagnóstico de los factores asociados a la práctica de la actividad, se realizó un análisis descriptivo, de los datos sociodemográficos del personal, no docente y las variables que integran la actividad física y la calidad de vida, siendo los más representativos los siguientes:

En el estudio participaron 383 individuos de 13 facultades de la UANL, las de mayor participación se encuentran la facultad de Arquitectura con 13.5%, seguido de Enfermería con 10.9% y de Ingeniería Mecánica y Eléctrica con 10.9%, lo que permite determinar que la participación fue positiva y se pudo obtener valores representativos de la mayoría de las escuelas para determinar los factores de actividad físico-deportiva en esta población.

El personal no docente que participo en el estudio, tiene un contrato salarial de tiempo completo (78.3%), el 64.8% son mujeres y el 35.2% son hombres; el nivel de estudios que prevalece es el de licenciatura con 35.4%.

Por un lado, las personas perciben su complexión física como normal y solo un 24.2% con obesidad y el 60.3% se considera con una buena salud; sin embargo, al contrastar estos datos con una medición directa, utilizando la Tanita TBF-410 GS, encontramos se contradicen estos valores ya que el porcentaje con mayor tendencia del índice de masa corporal fue el de obesidad tipo 1 con 39.8% y obesidad tipo 2 con 23.6%, lo que nos dice que el 63.4% de los entrevistados presenta un riesgo para su salud, según el American College of Sports Medicine (1999), ya que a mayor IMC mayor posibilidad de enfermedades coronarias; se incrementan los riesgos de padecer algunos cánceres (colon y mama), diabetes mellitus no-insulinodependiente (Molina, et al., 2007).



En cuanto a las actitudes e intenciones hacia el ejercicio, el 70.4% considera que es muy importante realizar actividad física, sin embargo el 67.5% no lo practica. Estos valores coinciden con otro estudio realizado en población adulta de la ciudad de Monterrey (Bermea, 2007), al considerar importante realizar ejercicio, pero un gran porcentaje de la población no lo realizaba.

Del personal que de clara realizar ejercicio, menos de la mitad (41%) lo hace de manera regular, siendo pocas las personas que obtienen beneficios de la actividad física; recordamos que el Colegio Americano de Medicina del Deporte recomienda realizarlo con una frecuencia de tres veces o más por semana, a una intensidad moderada y con una duración mínima de 20-30 minutos por sesión (ACSM, 1991; Balaguer y García-Merita, 1994; Pate et al., 1995).

Al preguntarles si practica algún deporte, el 67.5% dijo que no y de los que si practican, el 60.2% manifestó hacerlo solo. Esto es parecido a lo que encontraron Ceballos, Álvarez y Medina (2005), ya que obtuvieron el mismo resultado, lo cual señala una pobre cultura comunitaria del deporte. La actividad más practicada son las actividades como caminar, pasear o realizar caminata con 37.6%, seguido del fútbol 23.9%.

El lugar donde prefieren hacer ejercicio es la casa con 41.6%, y el parque con 32.4%; algunas de las actividades de mayor demanda por las mujeres son: caminar, pasear o realizar caminata y para los hombres el fútbol. Para Vázquez (1993), los estereotipos sociales, establece que un deporte se define por la gente que lo practica, y si hay más hombres que lo practican, ese deporte por tanto es para ellos. Esto se comparte entre hombres y mujeres y se fortalece por los medios de comunicación.

La práctica de actividad físico-deportiva, está asociado con el género; Martínez (1986), realizó un análisis de los índices de participación deportiva de la población española en general, durante el período de tiempo comprendido desde 1968 hasta 1980, observando un aumento en los mismos, tanto en hombres como en mujeres, aunque con una clara desproporción entre los porcentajes de participación



masculina frente a la femenina. En el presente estudio se obtuvo un dato parecido ya que son los hombres los que más participan en actividades deportivas en comparación con las mujeres.

Los principales motivos para hacer ejercicio es la de mantener y/o mejorar su condición física y por la salud, el grupo de edad 17-30 años lo hacen por gusto y para mejorar su apariencia; este dato es similar al estudio realizado en jóvenes de 11 y 18 años por Balaguer y Atienza (1994), en donde muestran que los motivos más importantes para practicar deporte son: mejorar la salud, divertirse, estar en buena forma y hacer amigos. Esto nos demuestra que aunque existen diferencias de edades y la cultura entre países, la sociedad mexicana percibe la actividad física como un factor para mejorar su salud; es decir, hay intención de practicar ejercicio, se tienen motivos para hacerlo y la realidad es que no lo hacen, con altos valores de obesidad y con un futuro desfavorable para la salud pública de México.

Según los grupos de edad, los más jóvenes 17-30 años los que más hacen ejercicio, esto se relaciona con el estudio de Castillo y Balaguer (1998), en donde observaron una disminución significativa en la práctica de actividad física con la edad y con el análisis de Ruiz, García y Gómez (2004), que encontraron que son los más jóvenes los que realizan actividad física y existe una prevalencia de los varones sobre las mujeres.

Al comparar los datos de composición corporal según género, se obtuvo que los hombres presentan valores más altos respecto a las mujeres en: peso corporal (81.93 y 65.85), IMC (28.31 y 26.23), masa libre de grasa (60.54 y 44.21), masa residual (44.32 y 32.36); el único valor que mostró diferencias significativas a favor de las mujeres fue el porcentaje de grasa (31.52 y 25.16); las variables que no presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres fueron la estatura (132.49 y 143.39) y el peso de grasa (22.42 y 21.54). En un estudio realizado con estudiantes universitarios, Molina-García (2007), encontraron datos parecidos en donde los hombres tienen valores más altos respecto a las mujeres en IMC.

Se habla de sujetos obesos cuando muestran porcentajes grasos por encima del 25% en hombres y el 33% en mujeres (SEEDO, 2000). De acuerdo a esto los



valores de porcentaje de grasa obtenidos del personal no docente de la UANL, se encuentran en el límite de pasar a problemas serios de obesidad.

Recordamos que por las características del estudio y de las preguntas del cuestionario, se crearon índices de calidad de vida y actividad física, por lo que procedimos a compararlos según género, grupos de edad, nivel de estudios y percepción de la salud, veamos algunos de los datos más representativos.

Para el índice de funcionalidad física, se encontró una relación altamente significativa con la variable de la percepción de salud regular en el encuestado. De tal manera que el personal no docente que percibe de esta manera su salud tiene una buena funcionalidad física, la percepción de su capacidad física se relaciona con su percepción de salud como lo afirman, Samaniego y Devís (2003), que analizan la relación entre actividad física y salud, determinando que es mucho más fuerte y compleja, en ella se establecen no solo factores biológicos, también personales y socioculturales. Partiendo de esto, el énfasis que se da a estos factores, establece la relación entre actividad física y salud.

El índice de alimentación se comparó con la variable de edad y el grado de estudios, siendo las personas de edad mayor a 50 años, las que si cuidan su alimentación a diferencia de las personas con estudios de secundaria que no dan tanta importancia al cuidado de su alimentación. Esto se puede relacionar con lo que Meece (2000) define como una necesidad psicológica en las personas mayores, su principal preocupación es el estado de salud, debido a que en esta etapa la mayoría padece de enfermedades cardiovasculares, de aquí que una necesidad física se traduce en una acción que satisfaga dicha necesidad; en el caso de los jóvenes, están más motivados por la necesidad de una adecuada imagen corporal para su aceptación en sus grupos de pertenencia.

En el índice actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio se observa una marcada preocupación por practicar algún tipo de ejercicio, pero la mayoría no lo



hace; al comparar este índice con la percepción de la salud, la mayoría se aprecia de una forma excelente ( $p < 0.01$ ). Delgado y Tercedor (2002), determinan que la actividad física es un elemento del estilo de vida más importante para conseguir un equilibrio entre salud y calidad de vida. Se puede decir que las personas que consideran su salud como excelente, tienen mejores actitudes, intenciones y conductas hacia el ejercicio que aquellas que le dan menor valor a su salud.

El personal no docente de la UANL manifiesta que la falta de tiempo es el principal motivo para no realizar actividad física, García (2000), obtuvo un resultado parecido en un estudio de la población española, ya que uno de los motivos por los que esta población no hace deporte es la falta de tiempo, siendo una constante desde 1990 con un 54% hasta el 2000 con 45%. Esto se relaciona a su vez con los grupos de edad ya que es la falta de tiempo un determinante para hacer ejercicio.

Los altos costos en el gimnasio es la principal causa entre el personal no docente femenino como una barrera para la práctica de la actividad física, lo que no permite tener oportunidad de acudir a ellos, la economía es un factor. Esto también se obtuvo en el estudio de Ruiz, García y Gómez (2004), ya que la práctica de deporte es mayor en los espacios públicos.

Otro factor encontrado en esta investigación es el de la edad con la sensación de cansancio para realizar actividad física en todos los rangos de edad, por lo que se percibe como un desgaste o una situación que no mejorará el estado de ánimo.

El empleo del tiempo libre se divide principalmente en el estar en la familia, actividades del hogar y leer para las mujeres y para los hombres a parte de estas, practicar deporte y ver televisión. Estos datos coinciden con los expuestos por García (2000), el estar con la familia es la principal actividad de tiempo libre entre los españoles.



Esto se relaciona con la creciente urbanización, la industrialización, el aumento del transporte mecanizado y las formas de ocio pasivas lo cual reduce el tiempo libre y la práctica de actividad física (Torres y Castarlenas, 2004), el poco tiempo que se tiene se intenta utilizarlo con la familia para compensar el exceso de tiempo que se pasa fuera del hogar.

De la comparación entre los grupos de edad y las enfermedades que manifiestan la población objeto de estudio, se encontró una diferencia significativa, siendo las alergias de vías respiratorias la que tiene mayor presencia tienen entre el grupo de 17-30 años y las cardiovasculares están más acentuadas en el personal no docente >50 años, y las enfermedades por lesión o golpes (osteoarticulares), con una mayor incidencia entre todos los grupos de edad.

El programa: universitarios activos y saludables que se desarrollo e implemento en esta investigación, fue en función de las necesidades del personal no docente que pasa varias horas sentado y se dividió en dos partes, una de ellas para personas inactivas y la otra para personas activas. Posibilitando ejercicios que pudieran ser realizados en su área de trabajo o fuera de él, con la finalidad de mejorar los hábitos de ejercicio y estilo de vida del personal no docente.

Este programa de ejercicios, se promovió a manera de díptico, con figuras para su fácil comprensión y se agregaron los beneficios físicos, psicológicos y sociales de la práctica de actividad física, así como una evaluación que permite conocer de manera general el estado de salud actual. Además, se proporcionó una lona impresa con la guía de ejercicios para que todo el personal tuviera acceso a ella, siendo una de las aportaciones del presente estudio.







## 6.1. Conclusiones

1. Se considera que la encuesta y la báscula tanita TBF-410 GS, utilizados en el presente estudio, son instrumentos sencillos y válidos para conocer algunos de los factores de la práctica físico-deportiva y calidad de vida, las sugerencias para mejorar su práctica percibidas por la población y la composición corporal.
2. La percepción que tiene la población sobre su complexión y su salud, es un factor para que no se realice actividad física, ya que al percibirlos como normal y buena respectivamente, hace que el personal no considere necesario el ejercicio.
3. En la población estudiada prevalece la obesidad tipo 1, lo cual pone de manifiesto la necesidad de poner en acción programas integrales en donde la actividad física, la alimentación y cambio en los hábitos de vida se fomenten para evitar riesgos en la salud.
4. Los hombres presentan valores superiores en la mayoría de los datos de la composición corporal respecto a las mujeres, solamente el porcentaje de grasa es superior en este último grupo.
5. La edad y el nivel de estudios son factores importantes de la actividad física y calidad de vida ya que, con forme aumenta la edad y el nivel de estudios las personas practican menos ejercicio físico.
6. Independientemente de la percepción de la salud como buena o excelente, la población no realiza actividad física habitualmente.
7. La población en general considera muy importante la práctica de actividad física.
8. El principal lugar donde realizan actividad física es en la casa, y el principal motivo para practicar es la salud.
9. Los hombres presentan mayores niveles de actividad física respecto a las mujeres.



10. A pesar que la población manifiesta en su mayoría que realiza la actividad física de forma individual, el principal deporte realizado por los hombres es el fútbol.
11. La falta de tiempo, el alto costo de las instalaciones deportivas y la sensación de cansancio son las respuestas que la población determina como impedimentos para realizar ejercicio.
12. Una de las causas por las que la población no realiza actividad física son la presencia enfermedades de las vías respiratorias y las cardiovasculares.
13. Estos datos nos dan un diagnóstico del problema de salud del personal no docente de la UANL y de la necesidad de trabajar programas integrales de forma multidisciplinaria entre las diferentes dependencias relacionadas con la salud.
14. Se brinda a toda la comunidad universitaria un programa: universitarios activos y saludables con ejercicios sencillos y clasificados como para personas que son activas o inactivas, como una forma de crear hábitos de ejercitación diaria. El diagnóstico y el programa de ejercicios son las principales aportaciones de esta investigación.



## 7.1. Recomendaciones

Se recomienda dar seguimiento al presente estudio, ya que los resultados obtenidos reflejan la importancia que tiene la actividad física en la vida cotidiana de la UAFB, pero a su vez refleja la necesidad de implementar programas de promoción de la salud y una intervención en la actividad física.

Comparar este estudio con los antecedentes relacionados con la actividad física en la población de estudio, para así tener un panorama de la situación actual y poder integrar y acercar a las instituciones deportivas existentes para mejorar las condiciones de vida en relación a la salud y la calidad de vida y generar un personal no docente.

Del mayor interés a este tipo de estudios para generar un análisis más profundo y generar mayor participación de la población, lo que permita generar programas más efectivos.

Analizar los resultados de los estudios de actividad física en la población de estudio y comparar los resultados con los de otros estudios de actividad física en la población de estudio, para así tener un panorama de la situación actual y poder integrar y acercar a las instituciones deportivas existentes para mejorar las condiciones de vida en relación a la salud y la calidad de vida y generar un personal no docente.

## 7. RECOMENDACIONES

La metodología utilizada en este estudio es adecuada para el tipo de estudio que se realizó, pero se recomienda utilizar otros métodos de recolección de datos para tener un panorama más completo de la situación actual y poder integrar y acercar a las instituciones deportivas existentes para mejorar las condiciones de vida en relación a la salud y la calidad de vida y generar un personal no docente.

Se recomienda dar seguimiento al presente estudio, ya que los resultados obtenidos reflejan la importancia que tiene la actividad física en la vida cotidiana de la UAFB, pero a su vez refleja la necesidad de implementar programas de promoción de la salud y una intervención en la actividad física.



## **7.1. Recomendaciones**

Se recomienda dar seguimiento al presente estudio, ya que los resultados obtenidos reflejan la importancia que tiene la actividad física para el personal no docente de la UANL, pero a su vez refleja la prevalencia de obesidad, lo que manifiesta estilos de vida alejados de la salud y una incidencia en el sedentarismo.

Compartir esta información con las autoridades universitarias, las facultades y la población de estudio, para que sea de utilidad en la creación de programas integrales y acceso a las instalaciones deportivas existentes, para mejorar los estilos de vida enfocados a la salud y la calidad de vida laboral y general, del personal no docente.

Dar mayor difusión a este tipo de estudios para garantizar un análisis más profundo y generar mayor participación de la población, lo que permita garantizar programas más específicos.

Analizar en estudios posteriores el impacto del “programa: universitarios activos y saludables”, proporcionado en este estudio, y las contribuciones de este en los hábitos de salud de los empleados, para verificar la posibilidad de implementar un tiempo en la jornada laboral en donde se realice actividad física, adecuada, debidamente orientada y a través de un profesional.

La metodología así como los instrumentos utilizados han sido útiles y prácticos para llevar a cabo este estudio, a su vez se propone invertir más en la obtención de más instrumentos mecánicos para facilitar aún más la obtención de los datos, a partir de lo que este estudio genera. Así mismo se sugiere utilizarlos en futuras investigaciones, y modificar en algunas preguntas que faciliten el logro de los objetivos.

Se recomienda revisar los aspectos de rol físico, funcionalidad social y alimentación de la encuesta, ya que el orden de las respuestas es opuesto a los demás, lo que dificultó el análisis de los datos.



## 8.1 Bibliografía

Aaro, L., Wilcox, G., Hannes, L. (1995). "Health behaviour in schoolchildren: A WHO Cross National Survey". *Health Promotion*, 1: 17-33.

American College of Sport Medicine. (1999). "Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio". Barcelona: Ed. Paidotribo. 22.

American College of Sport Medicine. (1991). "Guidelines for exercise testing and prescription". (4th ed.). Philadelphia: Lea & Febiger.

Azabí-Fari, I., Matutebo, G. (2005). "Prescripción de una educación física de la actividad física orientada a la salud en la educación física". *Cultura Ciencia y Deporte (CCD)*, 16(56), 1-10.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Almond, L. (1992). "El ejercicio físico y la salud en la escuela", en José Davis Davis y Carmen Pérez Yeroft (eds). *Nuevas perspectivas curriculares en educación física: la salud y los riesgos modificados*. Barcelona: INDE (La educación física: Reforma). 40.

Anónim, C. (2000). *Vegitarianism and health: ¿Quem diria?*. San Diego: Athar. 15-20.

Andrews, G., Saunders, J., Schneider, E. (1990) *Physical education for today's boys and girls*. Allen and Bacon, INC: 3.

Arribas, F. (1992). "La formación de la maestra especialista en educación física en relación a la formación del oído". *Deporte y calidad de vida* No. 4. Librería Deportiva F. de Arribas, S.L. Madrid: 450.



## 8.1 Bibliografía

Aaro, L., Wold, B., Kannas, L. (1986). "Health behavior in schoolchildren: A WHO Cross National Survey". Health Promotion, 1: 17-33.

American College of Sport Medicine. (1999). "Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio". Barcelona. Ed. Paidotribo: 22

American College of Sport Medicine. (1991). "Guidelines for exercise testing and prescription". (4ta ed.). Philadelphia: Lea & Febiger.

Ahrabi-Fard, I., Matvienko, O. (2005). "Promoción de una educación active de la actividad física orientada a la salud en las clases de educación física". Cultura Ciencia y Deporte (CCD) 3: 163.

Almond, L. (1992). "El ejercicio físico y la salud en la escuela", en José Devís Devís y Carmen Peiró Velert (eds.), Nuevas perspectivas curriculares en educación física: la salud y los juegos modificados, Barcelona, INDE (La educación física...Reforma): 48.

Antunes, C. (2000). "Vigotsky en el aula....¿Quién diría?". Sb. Buenos Aires: 15-20.

Andrews, G; Saurborn, J; Schneider, E. (1960)"Physical education for today's boys and girls". Allyn and Bacon, INC: 3.

Arribas, H. (1998). "La formación del/a maestro/a especialista en educación física en relación a la educación del ocio". Deporte y calidad de vida No.4. Librerías Deportivas Esteban Sanz, S.L. Madrid: 450.



- Atkinson, G., Fullick, S., Grindey, C., Maclaren, D. (2008). "Exercise, Energy Balance and the Shift Worker". Sport Med. 38: 677.
- Bakker, F., Whiting, H., van der Brug. (1993). "Psicología del deporte, conceptos y aplicaciones", Consejo superior de deportes, ed. Morata, S.L., Madrid: 27.
- Balaguer, I., Pastor, Y., Moreno, Y. (1999) "Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes" Rev. Valenciana D'Estudis Autonòmics, 26: 35.
- Balaguer, I., García-Merita, M. (1994). "Execici físic i benestar psicològic". Anuari de psicologia, 1, 2-26.
- Balaguer, I., Atienza, F. (1994). "Principales motivos de los jóvenes para jugar tennis". Apunts: Revista de educación física y Deportes 31: 285-299.
- Bañuelos, F. (1996), "La actividad física orientada hacia la salud", Madrid: Biblioteca nueva.
- Barangé, J., Puig, J. (1999). "Experiencia incipiente de un servicio de psicología deportiva en un colegio", Actas del VII congreso de Psicología de la Actividad Física y el Deporte, núm. 2, pp. 479-485.
- Bermea, S. (2007), "Barreas para la práctica de la actividad física y el deporte en la población adulta: u estudio en la ciudad de Monterrey", (Monterrey). Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León: 1-50.
- Berck, L. (1999) "Desarrollo del niño y del adolescente". PRENTICE HALL IBERIA, Madrid. Pp. 25.
- Camacho, M., Fernández, E., Rodríguez, M. (2006). "Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: Incidencia de la modalidad



deportiva". *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. 3 (2), 1-19.  
<http://www.cafyd.com/REVISTA/art1n3a06.pdf>

Camiña, F., Cancela, J., Bouza, A. (1998), "Actividad física y bienestar para la tercera edad, un programa de intervención en el medo acuático", Deporte y calidad de vida, Ed. Librerías Deportivas Esteban Sanz, S.L. Madrid: 119.

Cantera, M., Devís, J. (2002). "La promoción de la actividad físicarelacionada con la salud en el ámbito escolar. Implicaciones y propuestas a partir de un estudio realizado entre adolescentes". *APUNTS: Revista de Educación Física y Deportes* 67: 54.

Casimiro, A. (2000). "Educación para la salud, actividad física y estilo de vida". Alemría: Universidad de Almería, Servicio de Publicaciones.

Castillo, E., Saenz-López B. (2007), "Hábitos relacionados con la práctica de la actividad física de las alumnas de la Universidad de Huelva a través de historias de vida", *PROFESORADO: revista de currículum y formación del profesorado*: 4-5.  
<http://www.ugr.es/~recfpro/rev112ART7.pdf>

Castillo, I., Balaguer, I. (1998). "Patrones de actividad física en niños y adolescentes". *APUNTS: Revista de Educación Física y Deportes* 54: 22.

Castillo, I., Balaguer, I. (2001). "Dimensiones de los motivos de práctica de los adolescentes valencianos escolarizados". *APUNTS: Revista de Educación Física y Deportes* 63: 22.

Ceballos, O., Álvarez, J., Torres, A., Zaragoza, J. (2006), "Actividad física y calidad de vida", Dirección de Publicaciones de la UANL, México.34.

Ceballos, O., Álvarez, J., Medina, R. (2005). "Factores personales y sociales como barreras para la práctica de la actividad física saludable en población adulta". p. 13.



Ceballos, O. (2002), "Actividad física en escolares adolescentes de las ciudades de Zaragoza (España) y Monterrey (México), (España). Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza: 4.

Chalfun, M., Vale, R., Fortes, M. (2008). " Lipid profile of sedentary adults in function of the level of muscular force". Fit Perf J; Río de Janeiro 7(1):16-9.

Cieslak, F., Levandoski, G., Meira, S., Krzesinski, T., Barros, G., Leite, N. (2007). "The relationship between quality of life and physical activity in college students attending a physical education course ". Journal of Fitness performance. Río de Janeiro. Pp. 357- 361.

Contreras, O. (1998). "Didáctica de la educación física". España. INDE. Pp. 200-202.

Cuenca, M. (1983). "¿Qué es el tiempo libre?". Educación para el ocio. Bogotá. Cincel: 13-22.

Dannenberg, A; Cramer, T; Gibson, C. (2005). "Assessing the Walkability of Workplace: A New Audit Tool", The science of health promotion, Vol.20: 1.

Davidoff, L. (1989). "Introducción a la Psicología". Ed. McGraw-Hill, 3era Edición, pp. 331.

Delgado, M; Tercedor, P. (2002). "Estrategias de intervención en educación física para la salud desde la educación física", INDE, 1era edición: 21-24

Delgado, M., Tercedor, P. (2002). "Beneficios y perjuicios de la actividad física sobre la salud". Barcelona, INDE, 93-107.

Department of Health, 2004. At Least Five a Week. Evidence on the Impact of Physical Activity and its Relationship to Health. A Report from the Chief Medical Officer. Department of Health, London.



Dosil, J. (2002). "Escala de actitudes hacia la actividad física y el deporte (E.A.FD.)". Cuadernos de Psicología del Deporte Vol. 2; 2: 44-45.

Ferreiro, R. (2005), "Estrategias Didácticas del Aprendizaje Cooperativo", Constructivismo, Ed. Trillas: 24.

Revista de la Organización Panamericana de la Salud, volumen 7, número 3, 2002.

Fernández, T., Ruiz, F., Villaverde, C., Tercedor, T., Beneavides, M., Campoy, C., Martín, M. (2007). "Entorno y desarrollo". Revista Pediatría Atención Primaria 9, 36: 623-634.

Flores, G., Ruiz, F., García, M. (2009). "Relación de algunos correlatos biológicos y demográficos con la práctica físico-deportiva en estudiantes universitarios. El caso de la Universidad de Guadalajara, México". *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. 14(5), 59-80.

Fox, K., Biddle, S. (1998). "The child's perspective in physical education. Part 2: Children's participation motives", *The British journal of physical education*, 19: 79-82.

Fraile, A. (1998). "La presencia de los valores educativos en la actividad físicodeportiva". Deporte y calidad de vida No.4. Librerías Deportivas Esteban Sanz, S.L. Madrid: 380.

Fraile, A., Arribas, H., Gutiérrez, S., Hernández, A. (1998). "Actividades físicas extraescolares. Una propuesta alternativa". Barcelona, INDE (El deporte en edad escolar), pp. 54-62.

Ganong, F. (2000). "Fisiología médica". Manual moderno, México, pp.700-701.



García, M. (2000). "Los españoles y el deporte: prácticas y comportamientos en la última década del siglo XXI". Encuesta sobre los hábitos deportivos de los españoles. Ministerio de educación, cultura y deporte.

García, M; Márco, M; Garre, J. (1999) "Valoración de los beneficios psicológicos del ejercicio físico en personas mayores". Apunts: Educación Física y Deporte 57: 46.

García, Y., Matute, S., Tifner, S., Gallizo, M., Gil-Lacruz. (2007). "sedentarismo y percepción de la salud: diferencias de género en una muestra aragonesa". Revista Internacional de Medicina y ciencias de la Actividad Física y el Deporte 7: 344-358

García, A., Guillen, F., Marrero, G. (1993). "Psicología de la actividad física y del deporte". Revista Interuniversitaria de formación del Profesorado 18: 275-283.

Generelo, E. (1998), "Educación y calidad de vida" Deporte y calidad de vida No.4. Librerías Deportivas Esteban Sanz, S.L. Madrid: 317.

Gilson, N. (2007). "Health-enhancing physical activity and health-related risk in a sample of north Mexican, office-based employees", IUHPE-PROMOTION & EDUCATION VOL. XIV, NO.1

Gilson, N; McKenna, J; Cooke, C; Brown, W. (2006). "Walking towards health in a university community: A feasibility study", ScienceDirect, Preventive Medicine 44 (2007).

Gilson, N; McKenna, J; Cooke, C. (2008). "Experiences of Route and Task-Based Walking in a University Community: Qualitative Perspectives in a Randomized Control Trial", Journal of Physical Activity & Health, 2008, 5, Human Kinetics.

Gómez, J., Jurado, I., Viana, H., Da Silva, E., Hernández, A. (2005). "Estilos y calidad de vida". España. Revista digital- Buenos aires 90.



González, I. (1998). "El ocio deportivo como elemento generador de calidad de vida". Deporte y calidad de vida No.4. Librerías Deportivas Esteban Sanz, S.L. Madrid: 485.

González, A. (2004), "Actividad física orientada a la promoción de la salud", Escuela abierta 7: 75.  
[www.ceuandalucia.com/escuelaabierta/pdf/articulos\\_ea7/jagonzalez\\_ea7.pdf](http://www.ceuandalucia.com/escuelaabierta/pdf/articulos_ea7/jagonzalez_ea7.pdf)

Guyton, A. (1975). "Fisiología humana". Interamericana, pp. 242.

Hernández, F. (2004). "Actividad física y salud, dimensiones y alcances". Educación 2001 113: 28.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2008). "Metodología de la investigación". México. Mc Graw Hill.

Heyward, V. (1996). "Evaluación y prescripción del ejercicio". Paidotribo. Barcelona: 12-21.

ISSSTE. (2002). "¿Es mi estilo de vida saludable?". Boletines. pp. 1-6.  
<http://www.issste.gob.mx/comisiones/documents/esmiestilodevidasaludable.pdf>

Le Masurier GC, Sidman CL, Corbin CB. Accumulating 10,000 steps: does this meet current physical activity guidelines? Res Q Exerc Sport. 2003: 389-394.

Jiménez, R. (2004). "Motivación, trato de igualdad, comportamientos de disciplina y estilos de vida saludables en estudiantes de educación física en secundaria". Tesis doctoral. Universidad de Extremadura: 112- 117.

Jürgens, I. (2006) Práctica deportiva y percepción de calidad de vida. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 6 (22) pp. 62-74 <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista22/artsalud20.htm>



Kelder, H., Perry, C., Klepp, K., Lytle, L. (1994). "Longitudinal tracking of adolescents smoking, physical activity, and food choice behaviours". American Journal of Public Health, 84: 1121-1126.

Lagardera, F. (1998). Diccionario Paidotribo de la Actividad física y el Deporte A-B. Paidotribo, Barcelona, Vol. I: 38-39.

Lagardera, F. (1998). Diccionario paidotribo de la Actividad física y el deporte E-F, Ed. Paidotribo, Barcelona, Vol. III. I: 978.

Lanier, A. (2005). "Metodología, planeación y control del entrenamiento deportivo". Pp. 3.

Latiesa, M; Gallo, A. (1998). "Deporte y salud en la mujer". Deporte y calidad de vida No.4. Librerías Deportivas Esteban Sanz, S.L. Madrid: 85.

Le Boulch, J. (1991). "Hacia una ciencia del movimiento humano. Introducción a la psicokinética". Paidós, Buenos aires: 39-70.

Le Masurier G., Sidman, C., Corbin, C.(2003) "Accumulating 10,000 steps: does this meet current physical activity guidelines". Res Q Exerc Sport. 7:389-394.

Lohman T. G. et al. 1988. Anthropometric standarization reference manual. Itam Kinetics, Champaignh, Illi.

López, M., Aznar, S., Fernández, A., López, J., Lucía, A., Pérez, M. (2002) "Actividad física y salud. Para ejecutivos y profesionales", Ed. Dossat 2000 S.L., Madrid España, pp. 64.

López, A., González, V. (2001). "Niveles de satisfacción por la clase de Educación Física". Revista Digital Lecturas: Educación Física y Deportes, 32.



- López, A., (2002). "Mitos y falsas creencias en la práctica deportiva". Barcelona, INDE (Salud), pp. 53-59.
- Machado, M; Moreira, H; Santos-Rocha, R; Andre, H.I.; Veloso, A. (2005). "Step senior exercise program improves functionality in elderly". Active lifestyles, The impact of education and sport. World Congress of Lisboa Portugal. Pp. 12.
- Marques-Vidal, P; Dias, C.M. (2005). "Physical Activity Levels and Health-related expenditures in the portuguese population: data from the national health survey". Active lifestyles, The impact of education and sport. World Congress of Lisboa Portugal. Pp. 14.
- Martínez, J. (1986). "Evolución de las campañas de deporte para todos en España, 1986-1983". Revista de Investigación del ICEF Y D.
- Martín, M., Campos, A., Jiménez-Beatty, J., Martínez, J. (2007)." Calidad de vida y estrés laboral: la incidencia del *Burnout* (síndrome de quemarse por el trabajo) en el deporte de alto rendimiento madrileño". *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. 6(3), 62-77. <http://www.cafyd.com/REVISTA/art5n6a07.pdf>
- Matos, M., Sardinha, L. (1999). "Estilos de vida activos e qualidade de vida". En L.B. Sardinha, M. Gaspar de Matos y I. Loureiro (Eds.), *Promocao da saúde. Modelos e práticas de intervencao nos âmbitos da actividade física, nutricao e tabagismo* (pp. 1262-181). Lisboa: Facultad de Motricidad Humana.
- Mcpherson, B., Curtis, J., Loy, J. (1989). "The social significance of sport". Canadá: Champaign Human Kinetics Books.
- Meece, J. (2000), "Desarrollo del niño y del adolescente". Ed. SEP/McGraw-Hill, 1era Edición, pp. 286.



Medina, X. (1998). "Deportes autóctonos, deportes de masas". Deporte y calidad de vida No.4. Librerías Deportivas Esteban Sanz, S.L. Madrid: 59.

Méndez, N; Uribe, M. (2002), "Obesidad, epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas". México, D.F, Manual moderno: 61.

Mendoza, R. (2000). "Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes españoles: Implicaciones para la promoción de la salud y para el fomento de la actividad físico-deportiva". Educación física y salud, Actas del segundo Congreso Internacional de Educación Física. Cádiz. Publicaciones del Sur. Pp. 765-790.

Molina-García, J., Castillo, I., Pablos, C., Queralt, A. (2007), "La práctica de deporte y la adiposidad corporal en una muestra de universitarios". Apunts: Educación Física y Deportes 89: 23. España.

Montenegro, M., Rubiano, F. (2006). "Sedentarismo en bogota, características de una sociedad en riesgo". No. 9: 33-45.  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=calidad+de+vida+y+actividad+f%C3%ADsica&td=todo&oai=S>.

Moreno, Y., (2003). "Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana". (España). Tesis doctoral. Universidad de Valencia: 21-23.

Moreno, A., Martínez, C., Alonso, N. (2006). "Actitudes hacia la práctica físico-deportiva según el sexo del practicante". Revista internacional de ciencias del deporte: International Journal of Sport Science 3: 20-24.  
<http://www.cafyd.com/REVISTA/art2n3a06.pdf>



Navarro, R. (2006), "Medición de la actividad física con instrumentos mecánicos en estudiantes del nivel medio y superior de la UANL", (Monterrey). Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León: 11.

OPS. La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. Rev Panam Salud Pública 1998; 4: 142-148.

OPS. "La salud en las Américas". Rev Panam Salud Pública Volumen I. Edición 2002. Washington, DC.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington, DC.: OPS; 2007: 1 y 4.  
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/reg-strat-cncds.pdf>.

Owen, N., Bauman, A. (1992). "The descriptive epidemiology of physical inactivity in adult Australians". International Journal of epidemiology, 21: 305-310.

Paffenbarger, R., Hyde, R., Wing, A., Hsieh, C. (1986). "Physical activity, all-cause mortality and longevity of college alumni". New England Journal of Medicine 314: 605-613.

Parkes, K. (2006). "Physical activity and self-rated health: Interactive effects of activity in work and leisure domains". British Journal of Health Psychology 11: 533-550.

Pate, R., Pratt, M. Blair, S., Haskell, W., Macera, C., Bouchard. C., Bunchner, D., Ettinger, W., Heath, G., King, A. (1995). "Physical activity and public health. A recommendation from the centers for disease control and prevention and the American college of sport medicine". JAMA. 273(5). 402-407.



Pelletier, K. (1986). "Longevidad". Barcelona: Hispano Europea.

Pryce-Jones, R., Coote, D., (2005). "Health and physical education: Tasmanian High School Students' perception". Active lifestyles, The impact of education and sport. World Congress of Lisboa Portugal. Pp. 105.

Puig, N. (1998). "Individualización, diferencia y calidad de vida en el deporte". Deporte y calidad de vida No.4. Librerías Deportivas Esteban Sanz, S.L. Madrid: 19.

Revista de la Organización Panamericana de la Salud, volumen 7, número 3, 2002.

Richard, E., Berko, J. (1997). "The handbook of Child Language", Blackwell Publishers: 1-27.

Ribeiro, J., Guerra, S., Pinto, A., Oliveira, J., Duarte, J., Mota, J. (2003). "Overweight and obesity un children and adolescents: Relationship with blood pressure, and physical activity". Annals of human biology, 30 (2), 203-213.

Rodrigo, J., Márquez, L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., Martín, C. (2004). "Relaciones padres-hijos y estilo de vida en la adolescencia". Psicothema 2: 203-210.

Rodríguez, J., Márquez, S., de Abajo, S. (2006). "Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física". APUNTS: Educación física y deportes 83: 12-24.

Rodríguez, F. (1995). "Prescripción de ejercicio para la salud. Resistencia cardiorespiratoria". Apunts: Revista de Educación Física y Deportes 39: 87-102.



Ruibal, O., (2001). "Respira unos minutos. Ejercicios sencillos de relajación". Barcelona, INDE (Salud), pp.25-35.

Ruiz, F., García, E., Gómez, M. (2004). "Hábitos físico-deportivos en centros escolares y universitarios". GYMNOS. España. p. 137.

Sallis, J., Alcaraz, J., McKenzie, T., Hovell, M., Kolody, B., Nader, P. (1992). "Parental behavior in relation to physical activity and fitness in 9-year-old children". American Journal of diseases of children (1960), 146 (11): 1383-1388.

Sallis, J. (1994). "Influences on physical activity of children, adolescents and adults". Research Digest 7: 4.

Sanabria, A., González, L., Urrego, D. (2007). "Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. ". Revista Médica 15 (2): 207-217.

Sánchez, F. (1996). "La actividad física orientada a la salud". Editorial Biblioteca Nueva. Madrid

Samaniego, V; Devís, J. (2003). "La promoción de la actividad física relacionada con la salud. La perspectiva de proceso y de resultado". Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte 10: 70.

Samaniego, V. (1999). "El cambio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud: Una investigación con estudiantes de Magisterio especialistas en Educación Física", Univerisdad de Valencia, España: 115.

Santos, R., Ribeiro, J.C., Santos, P., Mota, J., (2005). "Physical activity obesity in azorean adults: differences by gender and education level". Active liefestyles, The impact of education and sport. World Congress of Lisboa Portugal. Pp. 166.



Schmitz, K.; French, S. y Jeffery, R. (1997). "Correlates of changes in leisure time physical activity over 2 years: The healthy worker project". *Preventive Medicine*, 26: 570-579.

SEP, (2000). "Evaluación del factor preparación profesional", Antología de educación física. Pp. 306.

SEP, CONADE, CONDEBA. "Programa Nacional de Activación Física", p. 3.

SEP, (2005). "Actividad física y salud II", Programa y materiales de apoyo para el estudio 5to semestre. Pp 49.

Serra, R; (2008), "Factores que influyen la práctica de la actividad física en la población adolescente de la provincia de Huesca". Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza: 38.

Serra, R. (2001). "Corazón y ejercicio físico en la infancia y la adolescencia". Masson. Pp. 209.

Serrano, J; Cabrera, D. (1998). "Un estudio sobre componentes centrales y sociales de la práctica deportiva desde un enfoque holístico". Deporte y calidad de vida No.4. Librerías Deportivas Esteban Sanz, S.L. Madrid: 37.

Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO, 2002). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Médica (Barcelona)*, 115.

SSA, (1999). "Guía de ejercicios para la prevención de afecciones cardiovasculares e hipertensión arterial en personas de 30 a 50 años de edad. 1". PROESA. Pp. 3.

SSA, (1999). "Guía de ejercicios para la prevención de padecimientos crónico degenerativo para personas de 51 a 70 años. 3". PROESA. Pp. 6.



Taylor, C; Sallis, J; Need, R. (1985). "The relation of physical activity and exercise to mental health". Public Health Reports, 100 (2): 195-202.

Taylor, W., Baranowsky, T., Sallis, J. (1994). "Family determinants of childhood physical activity: a social cognitive model ". En R.K. Dishman, Advances in Exercise Adherence (pp. 319-342). Champaign, IL: Human Kinetics.

Torres, G., Castarlenas, J. (2003) "Deporte, estilo de vida activo y población: consideraciones a través del judo". Apuntes: Educación Física y Deportes 75: 32. España.

Toscano, W; Rodríguez, L; (2008), "Actividad física y calidad de vida", Departamento de derecho y ciencia política, año V, No. 9: 7 [http://www.Cienciarred.com.ar/ra/usr/3/484/hologramica\\_n9-v1pp3\\_17.pdf](http://www.Cienciarred.com.ar/ra/usr/3/484/hologramica_n9-v1pp3_17.pdf).

Valdés, H. (1998). "Personalidad y deporte". Barcelona. INDE: 99.

Varo, J; Martínez, A; Martínez-González, M. (2003) "Beneficios de la actividad física y riesgo del sedentarismo", Med Clin Barcelona 121 (17): 665-672.

Vázquez, B. (1993). "Actitudes de la mujer hacia la práctica deportiva". Instituto de la mujer. Ministerio de Asuntos Sociales.

Vicente, M. (1988). "Teoría pedagógica de la actividad física". GYMNOS. Barcelona: 9.

Viroto, D; Rodríguez, M. (2003), "Prácticas de actividad física y deportiva en el ámbito laboral: estrategias para su incentivo". Gobierno de Chile, CHILEDEPORTES: 2.



Weineck, J. (2001). "Salud, ejercicio y deporte. Activar las fuerzas con un entrenamiento adecuado. Prevenir enfermedades con el deporte correcto". Barcelona, Paidotribo (salud), pp.17-25.

Zaragoza, J., Serra, J., Ceballos, O., Generelo, E., Serrano, E., Julián, J., "Los factores ambientales y su influencia en los patrones de actividad física en adolescentes", RICYDE: Revista Internacional de Ciencias del Deporte. España. 2006; 4: 4.

Zaragoza, J., Serrano, E., Generelo, E. (2005). "Dimensiones de la condición física saludable: evolución según edad y género". Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 5, 17: 50-67.

## 9. ANEXOS



## 9.1 Anexo 1: "Encuesta de actividad física y calidad de vida"



Con el propósito de fomentar la práctica de la actividad física y así tener un estilo de vida saludable, La Facultad de Organización Deportiva y el Programa Universitario de Educación Física y Recreación están haciendo un estudio sobre la "Actividad Física y Calidad de Vida" en el personal de docentes de la UNAB.

¿Me permite hacerle una encuesta? Solo será cuestión de pocos minutos.

Nombre	Edad	Sexo	Profesión	Actividad física	Calidad de vida

Esto es un estudio completamente anónimo, por ello la identidad de quienes participan será desconocida.

No están solicitados consejos ni recomendaciones, sino opiniones personales por esto le pedimos la máxima sinceridad en sus respuestas. Su participación es muy valiosa para nosotros.

## 9. ANEXOS

### 1. DATOS GENERALES

- 1.1 Sexo del entrevistado: ☐ Hombre ☐ Mujer
- 1.2 ¿Cuál es su edad? \_\_\_\_\_ Años
- 1.3 ¿Función que desempeña? Docente ☐ Administrativo ☐ Otro \_\_\_\_\_
- 1.4 ¿Cuál nivel de enseñanza tiene? \_\_\_\_\_
- 1.5 ¿De qué nivel académico se considera usted? 1 ☐ Bajo 2 ☐ Medio 3 ☐ Alto
- 1.6 ¿Cuál es su peso corporal? \_\_\_\_\_ Kg.
- 1.7 ¿Cuál es su altura total? \_\_\_\_\_ metros
- 1.8 ¿Cómo se considera? 1 ☐ Muy delgado 2 ☐ Delgado 3 ☐ Normal 4 ☐ Obeso 5 ☐ Muy obeso



## 9.1 Anexos 1. "Encuesta de actividad física y calidad de vida"



Con el propósito de fomentar la práctica de la actividad física y así crear un estilo de vida saludable. La Facultad de Organización Deportiva y el Programa Universidad saludable están haciendo un estudio sobre la "Actividad Física y Calidad de Vida" en el personal no docente de la UANL.

¿Me permite hacerle unas preguntas? Solo será cuestión de pocos minutos.

Dependencia:	Tipo de contrato:	Tiempo completo ( )	Medio tiempo ( )	Por horas ( )
Encuestador:	Fecha:	Encuesta No.:		

Este es un estudio completamente anónimo, por ello la identidad de quienes participen será desconocida.

No existen respuestas correctas ni incorrectas, sino opiniones personales, por esto le pedimos la máxima sinceridad en sus respuestas. Su participación es muy valiosa para nosotros.

### 1. DATOS GENERALES

1.1 Sexo del entrevistado      1 ☐ Hombre      0 ☐ Mujer

1.2 ¿Cuál es su edad?      \_\_\_\_\_ Años

1.3 ¿Función que desempeña?    Directivo: \_\_\_\_\_ Administrativo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

1.4 ¿Qué nivel de estudios tiene?      \_\_\_\_\_

1.5. ¿De qué nivel económico se considera usted? 1 ☐ Bajo 2 ☐ Medio 3 ☐ Alto

1.6 ¿Cuál es su peso corporal?      \_\_\_\_\_ Kg.

1.7 Cuál es su altura (talla)?      \_\_\_\_\_ metros

1.8 ¿Cuál es su complexión?

1 ☐ Muy delgado    2 ☐ Delgado    3 ☐ Normal    4 ☐ Obeso    5 ☐ Muy obeso



**1.9** En su día laboral. ¿Cuánto tiempo permanece? (Horas y minutos)  
1 ☐ Sentado:\_\_\_\_\_ 2 ☐ De pie:\_\_\_\_\_ 3 ☐ Hace desplazamientos\_\_\_\_\_

**1.10** En general, usted diría que su salud es:

1 ☐ Excelente 2 ☐ Muy buena 3 ☐ Buena 4 ☐ Regular 5 ☐ Mala

## **2. FUNCIONALIDAD FÍSICA Su salud actual:**

**2.1** ¿Le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada

**2.2** ¿Le limita para realizar tareas del hogar (barrer, trapear, planchar, limpiar...)?

1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada

**2.3** ¿Le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada

**2.4** ¿Le limita para caminar dos o tres manzanas (varios centenares de metros)?

1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada

**2.5** ¿Le limita para caminar un kilómetro o más?

1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada

**2.6** ¿Le limita para agacharse o arrodillarse?

1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada

**2.7** ¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada

**2.8** ¿Le limita para subir dos o tres pisos por la escalera?

1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada

**2.9** ¿Le limita para llevar la bolsa del mandado?

1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada

**2.10** ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?

1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada

**2.11** ¿Le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada



### 3. ROL FÍSICO A causa de su salud física, durante las 4 últimas semanas:

3.1 ¿Tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 ☐ No      2 ☐ Un poco    3 ☐ Regular    4 ☐ Bastante      5 ☐ Mucho

3.2 ¿Tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ No      2 ☐ Un poco      3 ☐ Regular      4 ☐ Bastante  
5 ☐ Mucho

3.3 ¿Hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 ☐ No      2 ☐ Un poco      3 ☐ Regular      4 ☐ Bastante  
5 ☐ Mucho

3.4 ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ No      2 ☐ Un poco      3 ☐ Regular      4 ☐ Bastante  
5 ☐ Mucho

### 4. FUNCIONALIDAD SOCIAL Durante las 4 últimas semanas:

4.1 ¿Su salud física ha dificultado sus actividades sociales habituales con la familia?

1 ☐ No      2 ☐ Un poco      3 ☐ Regular      4 ☐ Bastante  
5 ☐ Mucho

4.2 ¿Su salud física ha dificultado sus actividades sociales habituales con los vecinos?

1 ☐ No      2 ☐ Un poco      3 ☐ Regular      4 ☐ Bastante  
5 ☐ Mucho

4.3 ¿Su salud física ha dificultado sus actividades sociales habituales con los amigos?

1 ☐ No      2 ☐ Un poco      3 ☐ Regular      4 ☐ Bastante  
5 ☐ Mucho

4.4 ¿Sus problemas personales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia?

1 ☐ No      2 ☐ Un poco      3 ☐ Regular      4 ☐ Bastante  
5 ☐ Mucho

4.5 ¿Sus problemas personales han dificultado sus actividades sociales habituales con los vecinos?

1 ☐ No      2 ☐ Un poco      3 ☐ Regular      4 ☐ Bastante  
5 ☐ Mucho

4.6 ¿Sus problemas personales han dificultado sus actividades sociales habituales con los amigos?

1 ☐ No      2 ☐ Un poco      3 ☐ Regular      4 ☐ Bastante  
5 ☐ Mucho



## 5. VITALIDAD Durante las 4 últimas semanas:

5.1 ¿Se sintió lleno de vitalidad (contrario a cansancio ó agotamiento)?

1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Casi nunca 5 ☐ Nunca

5.2 ¿Se sintió cansado (contrario a tener mucha vitalidad ó energía)?

1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Casi nunca 5 ☐ Nunca

5.3 ¿Tuvo mucha energía (contrario a cansancio ó agotamiento)?

1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Casi nunca 5 ☐ Nunca

5.4 ¿Se sintió agotado (contrario a tener mucha vitalidad ó energía)?

1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Casi nunca 5 ☐ Nunca

## 6. CONSUMO DE SUSTANCIAS

6.1 En el caso de que consuma alguno de los siguientes productos, ¿Cuántos al día?

Producto	Entre-semana	Fin de semana
Cerveza (chicas: botellas)	_____	_____
Cerveza (medianas: botella o lata)	_____	_____
Cerveza (caguama: botella o lata)	_____	_____
Cigarros (cantidad)	_____	_____
Cigarros (cajetilla)	_____	_____
Licor (copas)	_____	_____
Licor (botellas)	_____	_____
Otro ¿Cuál? _____	_____	_____



## 7. ALIMENTACIÓN

7.1 ¿Come durante su estancia en el trabajo?

1 ☐ Sí                      0 ☐ No

7.2 ¿Qué tipo de comida consume?

1 ☐ Preparad en casa    2 ☐ Cafetería            3 ☐ Otro lugar            4 ☐ Ninguna

7.3 ¿Cuida su alimentación de forma regular? (por lo menos tres veces por semana)

1 ☐ No    2 ☐ Un poco    3 ☐ Algo    4 ☐ Bastante    5 ☐ Mucho

7.4 ¿Desde su punto de vista que importancia tiene cuidar la alimentación?

1 ☐ Nada    2 ☐ Un poco    3 ☐ Algo    4 ☐ Bastante    5 ☐ Muy importante

7.5 ¿Estaría dispuest@ a cuidar su alimentación?

1 ☐ No    2 ☐ Un poco    3 ☐ Algo    4 ☐ Bastante    5 ☐ Muy dispuest@

## 8. ACTITUDES, INTENCIONES Y CONDUCTAS HACIA EL EJERCICIO

8.1 Desde su punto de vista, ¿considera importante hacer ejercicio?

1 ☐ Nada    2 ☐ Un poco    3 ☐ Algo    4 ☐ Bastante    5 ☐ Muy importante

8.2 ¿Hace ejercicio en forma regular? (Por lo menos tres veces a la semana).

1 ☐ No    2 ☐ Algo    3 ☐ Regular    4 ☐ Mucho    5 ☐ Bastante

8.3 Cuando hace ejercicio, ¿Con quién lo practica más?

1 ☐ Sólo    2 ☐ En pareja    3 ☐ En grupo    4 ☐ En cualquier forma

8.4 ¿Cuánto tiempo, a la semana, practica ejercicio? Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_



**8.5** ¿Practica algún deporte?

1 ☐ Sí      Cuál? \_\_\_\_\_

0 ☐ No

**8.6** ¿Dónde hace ejercicio regularmente?

- 1 (   ) En su casa
- 2 (   ) En la escuela
- 3 (   ) En un parque
- 4 (   ) En un club deportivo
- 5 (   ) En un gimnasio privado
- 6 (   ) En una instalación deportiva pública

**8.7** ¿Cuáles son las principales causas por las que hace ejercicio?

- 1 (   ) Porque le gusta
- 2 (   ) Para mantener y/o mejorar su apariencia física
- 3 (   ) Para mantener y/o mejorar su condición física
- 4 (   ) Por prescripción médica
- 5 (   ) Otras. ¿Cuales? \_\_\_\_\_

**8.8** ¿Qué es lo que más le motiva a realizar ejercicio?

---

---

---

---



## 9. BARRERAS PARA LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE.

### 9.1 ¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación al tiempo?

- 1 ( ) No tiene tiempo suficiente
- 2 ( ) Tiene demasiado trabajo
- 3 ( ) Tiene demasiadas tareas que realizar en casa
- 4 ( ) Tiene que estudiar mucho
- 5 ( ) Otros \_\_\_\_\_

### 9.2 ¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a la seguridad?

- 1 ( ) No es seguro practicar ejercicio en la calle
- 2 ( ) No es seguro practicar ejercicio en el parque
- 3 ( ) No es seguro practicar deporte en las instalaciones deportivas públicas
- 4 ( ) No es seguro practicar deporte en las instalaciones deportivas privada
- 5 ( ) Otros \_\_\_\_\_

### 9.3 ¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a los elementos materiales?

- 1 ( ) No hay instalaciones deportivas públicas para hacer ejercicio
- 2 ( ) Las instalaciones deportivas que existen son insuficientes
- 3 ( ) No tiene el equipo necesario para hacer ejercicio
- 4 ( ) El alto costo de acudir a las instalaciones deportivas privadas
- 5 ( ) Otros \_\_\_\_\_



**9.4** ¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a la capacidad de disfrute?

- 1 ( ) No le gusta la actividad física
- 2 ( ) Está cansad@ para hacer la actividad física
- 3 ( ) No disfruta la actividad física
- 4 ( ) No es buen@ en actividades físicas y deportivas
- 5 ( ) Es muy perezos@ para hacer actividades físicas
- 6 ( ) Hacer actividades físicas es aburrido
- 7 ( ) Se pone nervios@ cuando hace actividad física
- 8 ( ) Por prescripción médica
- 9 ( ) Otros \_\_\_\_\_

## **10. EMPLEO DEL TIEMPO LIBRE**

**10.1** ¿En general, en que suele emplear su tiempo libre? (Señalar la actividad más importante)

\_\_\_\_\_

**10.2** ¿Cuánto tiempo del día ve televisión? Horas: \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

**10.3** Considera, que las horas dedicadas a ver la televisión suponen una barrera para práctica ejercicio.

1 ☐ Si                      0 ☐ No

**10.4** ¿Cuánto tiempo del día usa la computadora? Horas: \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

**10.5** Considera, que las horas dedicadas al uso de la computadora suponen una barrera para práctica ejercicio.

☐ No                      1 ☐ Si                      0

## **11. SUGERENCIAS.**

**11.1** ¿Cuál sería el impedimento más importante para que usted desarrolle ejercicio?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



11.2 ¿Cuáles serían sus sugerencias para mejorar su práctica del ejercicio?

11.3 ¿Cuáles serían sus sugerencias para que la comunidad mejorara la práctica del ejercicio?

11.4 ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad? 1 ☐ Si 0 ☐ No

11.5 Si su respuesta es afirmativa, especifique la más importante.

Por tu atención y colaboración. ¡MUCHAS GRACIAS!



## 8.2 Anexo 2. Oficio para asistir a las facultades.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE ORGANIZACIÓN DEPORTIVA

MTRO. JOSÉ RESÉNDIZ BALDERAS  
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
U.A.N.L.  
Presente.-

A través de este conducto, me permito manifestar a usted, que la Facultad de Organización Deportiva de forma conjunta con el Programa Universidad Saludable que encabeza el señor Rector Ing. José Antonio González Treviño, solicitan el apoyo para la aplicación del **Programa: universitarios activos y saludables en su dependencia.**

El programa consiste en la aplicación de una encuesta de *actividad física y calidad de vida*, la toma de la *composición corporal* a través de una báscula tipo Tanita y la sugerencia de un programa de ejercicios mediante un folleto.

Le agradeceríamos que nos proporcione un espacio para su aplicación y hacer extensiva la invitación hacia el personal docente y administrativo.

Sin más por el momento quedo de usted,

Atentamente

" ALERE FLAMMAM VERITATIS "

Ciudad Universitaria, a 06 de Noviembre de 2008.

MC. JOSÉ ALBERTO PÉREZ GARCÍA  
DIRECTOR



*Fernando R. Turián*

06-02-09

Ciudad Universitaria, C.P. 66451  
San Nicolás de los Garza, Nuevo León México  
Tels: (81) 8362 4218 • 8376 9486 / Fax (81) 8362 4356  
fod@mail.uanl.mx  
www.uanl.mx/facs/fod







#### 8.4 Anexos 4.

### Frecuencias y porcentajes de las variables que integran, la actividad física y calidad de vida

#### 2. Funcionalidad física.

El 96.1% de los encuestados coincidieron en que no, les limita nada para bañarse o vestirse por sí mismo mientras que el 3.6% dijeron que sí, les limita poco y solo el .3% respondió que sí, les limita mucho (Tabla 36).

**Tabla 36. ¿Le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Sí, me limita mucho	1	.3
Sí, me limita poco	14	3.6
No, no me limita nada	369	96.1
Total	384	100.0

El 92.1% contestó que no, les limita nada para hacer tareas del hogar, el 7.3% mencionó que sí, les limita poco y solo el .5% dijo que sí, les limita mucho (Tabla 37).

**Tabla 37. ¿Le limita para hacer tareas del hogar?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Sí, me limita mucho	2	.5
Sí, me limita poco	28	7.3
No, no me limita nada	352	92,1
Total	382	100.0



El 91.9% contestó que no, les limita nada caminar una manzana, el 7.6% respondió que sí, les limita poco y solo el .5% manifestó que sí, les limita mucho (Tabla 38).

**Tabla 38. ¿Le limita para caminar una manzana (unos 100 metros)?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Sí, me limita mucho	2	.5
Sí, me limita poco	29	7.6
No, no me limita nada	352	91.9
Total	383	100.0

El 83.2% de los encuestados contestó que no, les limita nada caminar dos o tres manzanas, mientras que el 13.4% dijo sí, les limita poco, seguido del 3.4% que manifestó que sí, les limita mucho (Tabla 39).

**Tabla 39. ¿Le limita para caminar dos o tres manzanas (varios centenares de metros)?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Sí, me limita mucho	13	3.4
Sí, me limita poco	51	13.4
No, no me limita nada	318	83.2
Total	382	100.0



El 71.4% contestó que no, les limita nada caminar un kilómetro o más, el 24.1% mencionó que sí, les limita poco y solo el 4.5% dijo que sí, les limita mucho (Tabla 40).

**Tabla 40. ¿Le limita para caminar un kilómetro o más?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Sí, me limita mucho	17	4.5
Sí, me limita poco	92	24.1
No, no me limita nada	272	71.4
Total	381	100.0

El 74.5% de los encuestados respondió que no, les limita nada para agacharme o arrodillarse, el 24% contestó que sí, les limita poco y el 1.6% manifestó que sí, les limita mucho (Tabla 41).

**Tabla 41. ¿Le limita para agacharse o arrodillarse?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Sí, me limita mucho	6	1.6
Sí, me limita poco	92	24.0
No, no me limita nada	286	74.5
Total	384	100.0



El 88.3% manifestó que no, les limita nada subir un solo piso por la escalera, mientras que el 10.9% dijo que sí, les limita poco y solo el .8% respondió que sí, les limita mucho (Tabla 42).

**Tabla 42. ¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Sí, me limita mucho	3	.8
Sí, me limita poco	42	10.9
No, no me limita nada	339	88.3
Total	384	100.0

El 72.1% de los encuestados dijo que no, les limita nada subir dos o tres pisos por la escalera, el 25.8% contestó que sí, les limita poco y el 2.1% mencionó que sí, les limita mucho (Tabla 43).

**Tabla 43. ¿Le limita para subir dos o tres pisos por la escalera?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Sí, me limita mucho	8	2.1
Sí, me limita poco	99	25.8
No, no me limita nada	277	72.1
Total	384	100.0



El 88.2% contestó que no, les limita nada para llevar la bolsa del mercado, el 11.3% dijo que sí, les limita poco y solo el .5% respondió que sí, les limita mucho (Tabla 44).

**Tabla 44. ¿Le limita para llevar la bolsa del mandado?**

Opción de respuesta	FRECUENCIA	% VALIDO
Sí, me limita mucho	2	.5
Sí, me limita poco	43	11.3
No, no me limita nada	337	88.2
Total	382	100.0

El 83.1% de los encuestado dijo que no, les limita nada hacer esfuerzos moderados, el 15.1% mencionó que sí, les limita poco y el 1.8% contesto que sí, les limita mucho (Tabla 45).

**Tabla 45. ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?**

Opciones de respuesta	FRECUENCIA	% VALIDO
Sí, me limita mucho	7	1.8
Sí, me limita poco	58	15.1
No, no me limita nada	319	83.1
Total	384	100.0



El 49.9% respondió que sí, les limita poco, hacer esfuerzos intensos, el 41.5% contestó que no, les limita nada y el 8.7% mencionó que sí, les limita mucho (Tabla 46).

**Tabla 46. ¿Le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?**

Opciones de respuesta	FRECUENCIA	% VALIDO
Sí, me limita mucho	33	8.7
Sí, me limita poco	190	49.9
No, no me limita nada	158	41.5
Total	381	100.0

### **5. Vitalidad.**

El 37.2% contesto que casi siempre se sienten lleno de vitalidad, seguido del 35.8% que dijo algunas veces, el 17.1% respondió que siempre, 6.7% casi nunca y el 3.2% nunca (Tabla 47).

**Tabla 47. ¿Se sintió lleno de vitalidad (contrario a cansancio ó agotamiento)?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Siempre	64	17.1
Casi siempre	139	37.2
Algunas veces	134	35.8
Casi nunca	25	6.7
Nunca	12	3.2
Total	374	100.0



El 50.7% respondieron que algunas veces se sintieron cansado, el 27.2% dijeron que casi nunca, el 13.1% nunca, el 7.2% mencionaron que casi siempre y solo el 1.9% contestaron que siempre (Tabla 48).

**Tabla 48. ¿Se sintió cansado (contrario a tener mucha vitalidad ó energía)?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Siempre	7	1.9
Casi siempre	27	7.2
Algunas veces	190	50.7
Casi nunca	102	27.2
Nunca	49	13.1
Total	375	100.0

El 41.3% de los encuestados respondieron que casi siempre tuvo mucha energía, el 32.7% dijo que algunas veces, el 14.7% contestaron que siempre, el 9.7% que casi nunca y solo el 1.6% mencionaron que nunca (Tabla 49).

**Tabla 49. ¿Tuvo mucha energía (contrario a cansancio ó agotamiento)?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Siempre	55	14.7
Casi siempre	154	41.3
Algunas veces	122	32.7
Casi nunca	36	9.7
Nunca	6	1.6
Total	373	100.0



El 46.6% de los encuestados manifestaron que algunas veces se han sentido agotados, el 30.2% dijeron que casi nunca, el 15.1% contestaron que nunca, el 7.3% mencionaron que casi siempre y solo el .8% respondieron que siempre (Tabla 50).

**Tabla 50. ¿Se sintió agotado (contrario a tener mucha vitalidad ó energía)?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Siempre	3	.8
Casi siempre	27	7.3
Algunas veces	173	46.6
Casi nunca	112	30.2
Nunca	56	15.1
Total	371	100,0

## 7. Alimentación.

El 89% de los encuestados contestaron que si come durante su estancia en el trabajo, mientras que el 11% dijeron que no (Tabla 51).

**Tabla 51. ¿Come durante su estancia en el trabajo?**

Respuesta	Frecuencia	%
Si	333	89.0
No	41	11.0
Total	374	100,0



El 59.3% de los encuestados mencionaron que la comida que consume en el trabajo es preparada en casa, el 36.1% manifestaron que de la cafetería, el 2.7% dijeron que ninguna y el 1.9% contestaron que en otro lugar (Tabla 52).

**Tabla 52. ¿Qué tipo de comida consume?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
Preparada en casa	220	59.3
Cafetería	134	36.1
Otro lugar	7	1.9
Ninguna	10	2.7
Total	371	100,0

El 34.2% respondieron que algo al preguntar si cuidan su alimentación de forma regular, el 25.7% dijeron que un poco, el 19.1% manifestaron que bastante, el 13% contestaron que no y solo el 8% mencionaron que mucho (Tabla 53).

**Tabla 53. ¿Cuida su alimentación de forma regular? (por lo menos tres veces a la semana).**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
No	49	13.0
Un poco	97	25.7
Algo	129	34.2
Bastante	72	19.1
Mucho	30	8.0
Total	377	100,0



## 9. Barreras para la práctica de la actividad física y el deporte.

En cuanto a las barreras con relación al tiempo, la principal causa elegida por los encuestados fue que no tienen tiempo suficiente con 51.3% y la respuesta menos significativa fue la de tener que estudiar mucho 2.4% (Tabla 56).

**Tabla 56. ¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación al tiempo?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
No tiene tiempo suficiente	<b>173</b>	<b>51.3</b>
Tiene demasiado trabajo	49	14.5
Tiene demasiadas tareas que realizar en casa	50	14.8
Tiene que estudiar mucho	<b>8</b>	<b>2.4</b>
Otros	57	16.9
Total	337	100.0



Al preguntarles a los encuestados sobre lo que les impide realizar ejercicio con relación a la seguridad, la respuesta con más frecuencia fue la de que no es seguro practicar ejercicio en la calle con 50.4 %, la respuesta con menos frecuencia fue la de no es seguro practicar deporte en las instalaciones deportivas de su dependencia con 1.2% (Tabla 57).

**Tabla 57. ¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a la seguridad?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
No es seguro practicar ejercicio en la calle	<b>130</b>	<b>50.4</b>
No es seguro practicar ejercicio en el parque	33	12.8
No es seguro practicar deporte en las instalaciones deportivas públicas	5	1.9
No es seguro practicar deporte en las instalaciones deportivas de su dependencia	<b>3</b>	<b>1.2</b>
Otros	87	33.7
Total	258	100.0



Al preguntarles al personal no docente de la UANL sobre el impedimento para realizar actividad física con relación a los elementos materiales, la respuesta con mayor frecuencia fue la de el alto costo de acudir a las instalaciones deportivas privadas con 32.2% y la respuesta con menos frecuencia fue la que las instalaciones deportivas que existen en su dependencia son insuficientes con 10.6% (Tabla 58).

**Tabla 58. ¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a los elementos materiales?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
No hay instalaciones deportivas públicas para hacer ejercicio	59	20.8
Las instalaciones deportivas que existen en su dependencia son insuficientes	<b>30</b>	<b>10.6</b>
No tiene el equipo necesario para hacer ejercicio	49	17.3
El alto costo de acudir a las instalaciones deportivas privadas	<b>91</b>	<b>32.2</b>
Otros	54	19.1
Total	283	100.0



Referente al impedimento con relación a la capacidad de disfrute, los encuestados respondieron en mayor medida que otros (nunca he practicado actividad física, no tiene tiempo, no tiene donde realizarla), con 32.7% y la que menos se menciono fue la opción de ponerse nervioso cuando hace actividad física con 1.1% (Tabla 59).

**Tabla 59. ¿Qué es lo que le impide realizar ejercicio con relación a la capacidad de disfrute?**

Opciones de respuesta	Frecuencia	%
No le gusta la actividad física	15	5.6
Está cansado(a) para hacer la actividad física	80	29.7
No disfruta la actividad física	6	2.2
No es bueno(a) en actividades físicas y deportivas	21	7.8
Es muy perezoso(a) para hacer actividades físicas	37	13.8
Se pone nervioso(a) cuando hace actividad física	3	1.1
Por prescripción médica	19	7.1
Otros	88	32.7
Total	269	100.0



Al preguntarles a los encuestados sobre el impedimento por el cual no desarrollan actividad física, el 60.2% manifestó la falta de tiempo, siendo solo de .6% la respuesta menos elegida la de no me gustan los deportes (Tabla 60).

**Tabla 60. ¿Cuál sería el impedimento más importante para que usted desarrolle ejercicio?**

Respuestas	Frecuencia	%
Ninguno	19	5.7
Falta de tiempo	<b>201</b>	<b>60.7</b>
Pereza	22	6.6
Salud	27	8.2
Falta de instalaciones	13	3.9
No tener con quien hacer ejercicio	3	.9
Lesión	9	2.7
Problemas personales	13	3.9
No me gustan los deportes	<b>2</b>	<b>.6</b>
Discapacidad	12	3.6
Clima	3	.9
Economía	7	2.1
Total	331	100.0



Al preguntarles al personal no docente sobre la sugerencias que daría para mejorar su práctica del ejercicio, el 24.2% respondió que deberían fomentarlo en el trabajo y la respuesta que menos se apreció fue la de tener más instalaciones con 2.4% (Tabla 61).

**Tabla 61. ¿Cuáles serían sus sugerencias para mejorar su práctica del ejercicio?**

Respuestas	Frecuencia	%
Promover programas	54	21.4
Tener alguien que oriente	19	7.5
Fomentarlo en el trabajo	<b>61</b>	<b>24.2</b>
Instalaciones en el lugar de trabajo	41	16.3
Bajar costos en las instalaciones	15	6.0
Disponibilidad de horarios en gimnasios	56	22.2
Más instalaciones	<b>6</b>	<b>2.4</b>
Total	252	100.0



Al preguntarles a los encuestados sobre las sugerencias para que la comunidad universitaria mejore su práctica del ejercicio, el 47.3% respondió que haciendo cursos de ejercicio en el trabajo, y solo el 1.9% respondió que hubiera personal capacitado en los gimnasios (Tabla 62).

**Tabla 62. ¿Cuáles serían sus sugerencias para que la comunidad universitaria mejorara la práctica del ejercicio?**

Respuestas	Frecuencia	%
Acceso a instalaciones	42	16.0
Difusión de espacios universitarios	26	9.9
Cursos de ejercicios en el trabajo	124	47.3
Personal capacitado en los gimnasios	5	1.9
Torneos deportivos	15	5.7
Instalaciones deportivas sin costo	50	19.1
Total	262	100.0

El 71 % de los encuestados manifestó no tener ninguna enfermedad, y el 29% dijo que si padece o ha padecido alguna enfermedad (Tabla 63).

**Tabla 63. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad?**

Opción de respuesta	Frecuencia	%
No	252	71.0
Si	103	29.0
Total	355	100.0



De las enfermedades que mencionaron los encuestados sobre salen con 25.7% las cardiovasculares (hipertensión), seguido de enfermedades osteoarticulares con 18.8% (dolor en rodillas, artritis, lesiones) y las alergias de vías respiratorias con 15.8% (Tabla 64).

**Tabla 64. Enfermedad que padecen.**

Respuestas	Frecuencia	%
Muscular	1	1.0
Osteoarticular	<b>19</b>	<b>18.8</b>
Cardiovasculares	<b>26</b>	<b>25.7</b>
Diabetes	12	11.9
Ácido úrico	2	2.0
Renales	2	2.0
Alergias de vías respiratorias	<b>16</b>	<b>15.8</b>
Infecciones	1	1.0
Cáncer	3	3.0
Gastrointestinales	9	8.9
Endócrinos	10	9.9
Total	101	100.0







J.I.A.A.

117

"FACTORES DETERMINANTES DE LA PRÁCTICA  
DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA EN EL  
PERSONAL NO DOCENTE DE LA UANL."

2009